FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 323.

5.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 24 décembre 1852,

Par André DUVAL,
né à Genève (Suisse).

DES

ULCÈRES SIMPLES DE L'ESTOMAC.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND LIBRARY

PARIS.
RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1852

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	.....
Pharmacie et chimie organique	.....
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. REQUIN.
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL, Président.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	.....
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	ROUX, Examinateur. VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.	MM. GUENEAU DE MUSSY.
BÉCLARD.	HARDY.
BECQUEREL.	JARJAVAY.
BURGUIÈRES.	REGNAULD.
CAZEAUX.	RICHET, Examinateur.
DEPAUL.	ROBIN.
DUMÉRIL fils, Examinateur.	ROGER.
FAVRE.	SAPPEY.
FLEURY.	TARDIEU.
GIRALDÈS.	VIGLA.
GOSSELIN.	VOILLEMIER.
GRISOLLE.	WURTZ.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

A LA MEMOIRE

DU Dr PRÉVOST, DE GENÈVE.

DES

ULCÈRES SIMPLES

DE L'ESTOMAC.

I.

Les *ulcères simples* ou non cancéreux de l'estomac n'avaient pas fixé d'une manière spéciale l'attention des observateurs, avant que M. le professeur Cruveilhier en eût tracé la description dans la *Revue médicale* de l'année 1838. Ce n'est pas à dire que ce genre de lésion ait été complétement méconnu jusqu'alors. Avicenne déjà cite les excoriations et les ulcérations de la muqueuse digestive parmi les causes du vomissement et de la diarrhée, et la plupart des pathologistes ont signalé la présence dans l'estomac d'ulcères d'aspect non cancéreux. On trouve une description parfaitement exacte de leurs caractères anatomiques, accompagnée de trois planches, dans un ouvrage publié en Angleterre au commencement de ce siècle (Matthew Baillie, *A series of engravings accompanied with explanations, wich are intended to illustrate the morbid anatomy*, 2e édit.; London, 1812). En outre, on rencontre, dans les mémoires et les observations publiées avant 1838, sous le titre de *perforations spontanées*, de *fistules gastriques* et d'*hématémèses*, un grand nombre de cas qui se rapportent évidemment aux ulcères simples de l'estomac. Tous ces faits néanmoins avaient passé à peu près inaperçus, et

personne n'avait cherché à les rapprocher des symptômes observés pendant la vie, jusqu'à M. Cruveilhier, qui le premier a donné à cette affection une place dans le cadre nosologique, et s'est efforcé de la distinguer des autres maladies chroniques de l'estomac (*Revue médicale*, février et mars 1838, et *Anatomie pathologique*, liv. 10 et 20). Depuis lors plusieurs mémoires sur ce sujet ont paru en Angleterre et en Allemagne, parmi lesquels il faut mentionner celui de M. Rokitanski, traduit dans les *Archives générales de médecine* de 1840, t. 8, et celui de M. Jaksch (*Prager Viertaljahrschrift*, 1844), cité par M. Lebert, dans son *Traité des maladies cancéreuses*. Malgré cela, cette affection est encore bien peu connue; à peine en trouve-t-on un court résumé dans les meilleurs traités de pathologie interne, et tous les jours elle est confondue avec le cancer de l'estomac, la gastrite chronique ou les névroses gastriques. Ce n'est pas une maladie très-rare, et, bien que son pronostic soit assez grave, elle est loin d'être toujours incurable; aussi me semble-t-elle mériter de fixer l'attention des praticiens aussi bien que celle des pathologistes. J'ai cherché dans ce travail à en établir l'histoire, avec autant de précision qu'en comporte l'état peu avancé de nos connaissances sur les maladies de l'estomac; pour cela, je me suis servi de cinquante observations choisies dans les meilleurs recueils périodiques, entre autres dans les bulletins des séances de la Société anatomique, dont les membres, sous l'impulsion de leur savant président, se sont particulièrement attachés à recueillir des faits de cette nature. Toutes ces observations ne sont pas complètes, mais j'ai eu soin de n'accueillir que celles qui présentaient toutes les garanties désirables d'authenticité, et dans lesquelles l'autopsie était venue prononcer, d'une manière claire et formelle, sur la nature des lésions. En outre M. le Dr Lebert a bien voulu me communiquer et me permettre de citer cinq observations inédites d'autopsies qui lui appartiennent. Le défaut d'observations qui me fussent personnelles ne m'a pas paru un motif suffisant pour abandonner un sujet digne d'intérêt; car « ceux-là, sans doute, méritent des éloges qui cherchent à faire des

découvertes, mais ceux-là aussi ne perdent pas leur temps, qui examinent, rapprochent, développent, et rectifient les idées de leurs prédécesseurs. Leur travail, quoique plus modeste, n'est pas sans utilité. » (Stoll, *Ratio medendi.*)

II.

NOMENCLATURE.

Les ulcères simples de l'estomac ont été désignés par M. Cruveilhier sous le nom d'*ulcères simples chroniques*, et par M. Rokitanski, sous celui d'*ulcères perforants*. Il me semble préférable de supprimer ces épithètes puisque, d'une part, ces ulcérations suivent, dans quelques cas, une marche aiguë, et que d'autre part, la perforation de l'estomac n'est que l'un de leurs modes de terminaison. Quant à la dénomination de *gastrite ulcéreuse* adoptée par M. Valleix, elle préjuge trop sur la nature de l'affection, et semble indiquer un état morbide de toute la muqueuse gastrique, dont l'ulcération serait l'effet. Le nom d'*ulcères simples de l'estomac* me paraît meilleur, en ce qu'il comprend toutes les variétés.

DÉFINITION.

Pour bien définir cette affection, il convient d'en esquisser à grands traits les principaux caractères. Elle débute d'ordinaire dans la période moyenne de la vie, et le plus souvent sans qu'on puisse la rattacher à aucune cause déterminante, par divers troubles des fonctions digestives. Souvent l'appétit est diminué ou aboli ; quelquefois, au contraire, il est augmenté ; des douleurs se font sentir à la région épigastrique, il survient des vomissements alimentaires, muqueux, bilieux, de la constipation ; les digestions

sont lentes, accompagnées de malaise, d'anxiété; dans quelques cas, ces symptômes sont consécutifs à une hématémèse survenue brusquement au milieu de la santé la plus parfaite; mais il est plus ordinaire que les vomissements de sang n'apparaissent qu'un certain temps après les autres symptômes. Plus tard, si la maladie fait des progrès, l'anorexie devient complète, les douleurs sont plus vives, les hématémèses plus fréquentes, l'amaigrissement fait des progrès rapides, l'anémie se prononce, le malade est plongé dans la tristesse. Cette altération grave de l'état général se manifeste sans présenter les caractères de la cachexie cancéreuse, et sans qu'on puisse découvrir aucune tumeur à la région épigastrique. La marche de la maladie est presque toujours chronique et interrompue par des intervalles d'amélioration ou même de guérison apparente, qui peuvent être le prélude d'une guérison définitive; celle-ci laisse quelquefois subsister des troubles dyspeptiques plus ou moins rebelles. Dans quelques cas, la maladie suit une marche aiguë, dénotée par la rapidité avec laquelle les symptômes se succèdent et s'aggravent, et par la nature des lésions anatomiques. Il arrive souvent, et sans que rien puisse le faire prévoir, que le malade succombe en quelques heures, par suite d'un abondant vomissement de sang, ou d'une perforation suivie d'épanchement et de péritonite; plus rarement, la mort est le résultat du dépérissement et du marasme. Dans quelques cas enfin, la maladie reste tout à fait latente, et ne se révèle que par une hématémèse ou une perforation mortelle. A l'autopsie, on trouve dans l'estomac ou des cicatrices fibroïdes, ou des ulcérations en petit nombre, et même le plus souvent uniques. Ces ulcérations sont arrondies, à bords taillés à pic ou en talus, d'un diamètre et d'une profondeur variables, perforant quelquefois toute l'épaisseur des parois stomacales, d'autres fois érodant les parois de quelque grosse artère. On voit, dans certains cas, la muqueuse ambiante, ramollie, épaissie ou injectée; mais ni le scalpel ni le microscope n'y font découvrir aucune trace de production cancéreuse.

FRÉQUENCE.

Les ulcères gastriques simples sont étudiés depuis trop peu de temps pour qu'on puisse avoir une opinion arrêtée sur leur degré de fréquence. Si l'on en croit les auteurs anglais et allemands, c'est une affection très-commune. Ainsi, à l'hôpital de Prague, M. Dietrich en a trouvé 157 cas sur 1257 autopsies, et M. Boschdaleck, 168 cas sur 2,330 autopsies (comptes rendus anatomo-pathologiques sur l'hôpital de Prague, 1846). Mais il importe de savoir que ces observateurs font entrer dans leurs relevés ce qu'ils appellent les *érosions hémorrhagiques,* dont la nature n'est pas bien déterminée, et qui ne sont pas signalées par les auteurs français. En éliminant les cas de ce genre, la proportion des véritables ulcères simples, au nombre total des autopsies, reste de 1 : 15, pour M. Dietrich, et de 1 : 20 pour M. Boschdaleck. M. Valleix les croit très-rares, et se fonde sur ce que plusieurs observations d'ulcères simples lui semblent se rapporter au cancer (*Guide du méd. prat.*, t. 2). Mais, d'autre part, M. Cruveilhier dit que bien des cas signalés comme des cancers appartiennent aux ulcères simples, et que tous les jours ils sont encore confondus avec les autres affections chroniques de l'estomac. En résumé, le grand nombre d'observations authentiques qui ont été publiées depuis le mémoire de M. Cruveilhier, et les cas assez nombreux que des praticiens distingués m'ont dit avoir observés, me donnent lieu de croire que, si les ulcères gastriques ne sont pas aussi fréquents que l'indiquent les chiffres ci-dessus, on ne doit pas non plus les ranger parmi les affections rares.

III.

ÉTIOLOGIE.

L'étiologie est la partie la moins avancée de l'histoire des ulcères simples de l'estomac, et si l'on peut trouver, dans les auteurs et dans l'analyse des observations, quelques données sur les causes prédisposantes, on n'y trouve rien ou presque rien au sujet des causes déterminantes.

On n'a jusqu'ici constaté aucune influence exercée par l'*hérédité;* mais ce n'est pas à dire que cette influence n'existe pas, et peut-être de nouveaux faits viendront-ils lui assigner un rôle dans la production de la maladie qui nous occupe.

Relativement au *sexe*, sur 45 observations où il est indiqué, 24 ont pour sujets des hommes, 25 des femmes; mais, en consultant les relevés de MM. Rokitanski, Jaksch, et Dietrich, on trouve une proportion de femmes beaucoup plus considérable; soit, d'après M. Rokitanski, 46 femmes pour 33 hommes; d'après M. Jaksch, 31 femmes pour 22 hommes; d'après M. Dietrich, 64 femmes pour 21 hommes. Dans les relevés de ces deux derniers auteurs, je n'ai tenu compte que des véritables ulcères gastriques. En résumé, tous s'accordent à regarder cette maladie comme plus fréquente chez les femmes.

L'étude de l'influence exercée par l'*âge* présente de grandes difficultés; en effet, dans la plupart des observations, l'époque du début de la maladie n'est pas indiquée ou ne l'est que très-vaguement, et cela est inévitable dans une affection dont les symptômes sont souvent très-peu apparents. J'ai dû par conséquent séparer les cas dans lesquels l'époque du début est notée avec quelque précision pour les étudier isolément; ces cas, au nombre de 19, se répartissent de la manière suivante :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Avant 15 ans.....	0	0	0
De 15 à 25 ans.....	2	3	5
De 25 à 40 ans.....	1	2	3
De 40 à 60 ans.....	4	6	10
De 60 à 80 ans.....	0	1	1
			19

39 observations, dans lesquelles l'âge des sujets au moment de leur mort est indiqué, m'ont fourni les résultats suivants, que je crois utile de placer en regard des premiers :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Avant 15 ans.....	0	0	0
De 15 à 25 ans.....	1	3	4
De 25 à 40 ans.....	5	3	8
De 40 à 60 ans.....	4	11	15
De 60 à 80 ans.....	7	5	12
			39

Il est facile de voir, d'après ces tableaux, que la maladie, rare dans la jeunesse, atteint son maximum de fréquence dans l'âge adulte, et que pour les femmes en particulier, la période de quarante à soixante ans est celle qui présente le plus grand nombre de cas. Très-rarement les premières manifestations de la maladie apparaissent après soixante ans, encore peut-on se demander si alors elle n'existait pas à l'état latent. Les tableaux de MM. Rokitanski et Jaksch fournissent des résultats identiques, c'est-à-dire qu'on y voit le nombre des cas aller en augmentant jusque vers quarante ans, puis rester stationnaire, pour décroître après soixante. M. Jaksch cite un seul cas d'ulcération chez un enfant âgé de moins de dix ans. L'impression qui m'est restée de l'étude attentive des observations, en dehors des chiffres, est un peu différente. Il m'a paru que la maladie débute le plus ordinairement dans la jeunesse ou dans

la première période de l'âge adulte, et je fonde mon opinion sur ce que, dans un grand nombre de cas, on a trouvé, à l'autopsie, d'anciennes cicatrices à côté des ulcères plus récents qui avaient déterminé les derniers symptômes et la mort.

On ne sait rien jusqu'ici sur le rôle que peuvent jouer, comme causes prédisposantes, les *professions*. La grande majorité des malades dont j'ai pu rassembler les observations, surtout parmi les femmes, appartenaient à des professions laborieuses et pénibles; les autres étaient des ouvriers sédentaires, et quelques-uns des hommes de lettres et de science. Cependant quelques faits me donnent à penser que la maladie, étudiée en dehors des hôpitaux, se présenterait en assez forte proportion chez des sujets appartenant à la classe aisée.

Il est à remarquer que dans le plus grand nombre des cas, c'est-à-dire 9 fois sur 14, dans mes observations, les ulcères gastriques se sont montrés chez des sujets d'une forte *constitution* et d'une bonne santé; dans 4 cas, leur apparition a été précédée de dysménorrhée ou d'aménorrhée. Les observateurs de l'école de Prague ont aussi noté la fréquente coïncidence des affections pulmonaires et surtout de la phthisie tuberculeuse, et M. Rokitanski celle de la fièvre intermittente. A l'égard des *tempéraments*, les observations ne fournissent aucun résultat concluant.

Le *régime* habituel et le genre de vie paraissent avoir une influence plus marquée. En effet, tous les auteurs, à l'exception de M. Valleix, admettent l'irritation répétée de la muqueuse gastrique parmi les causes de l'ulcère ; et sur 11 observations, où cette circonstance est notée, 7 concernent des individus adonnés au vin, aux liqueurs fortes ou aux excès de table.

Mais ici nous touchons aux *causes déterminantes*, parmi lesquelles l'irritation de la muqueuse tient sans contredit le premier rang. En second lieu, je citerai les troubles de la menstruation, dont l'influence est plus douteuse; il semble cependant qu'il y ait autre chose qu'une simple coïncidence, dans les cas assez nombreux (8

sur 25) où des femmes ont été atteintes d'ulcères gastriques soit à la suite d'une aménorrhée plus ou moins prolongée, soit pendant la ménopause. On a encore mentionné, comme causes déterminantes, les grandes fatigues, les chagrins, les contusions de la région épigastrique, les grandes brûlures, les accouchements récents et les opérations graves, la fièvre intermittente, la frayeur, les refroidissements, la suppression d'une affection dartreuse, le choléra. Il serait superflu de citer des chiffres à propos de ces causes plus ou moins hypothétiques, et admises chacune d'après un ou deux cas; je me contente de les citer dans l'ordre d'importance que leur assigne l'examen attentif des observations où elles sont rapportées.

IV.

SYMPTÔMES.

D'après M. Jaksch, on peut distinguer cinq variétés dans l'expression symptomatique des ulcères simples de l'estomac. Dans la première, les ulcères déterminent des symptômes de cardialgie; dans la deuxième, des symptômes de gastrite; la troisième est accompagnée de fièvre continue; la quatrième, de fièvre intermittente; enfin, dans la cinquième variété, la lésion n'est révélée par aucun symptôme. Cette classification, inspirée probablement par le désir de faciliter le diagnostic différentiel, me paraît un peu prématurée pour une maladie dont l'étude est encore si peu avancée; je crois plus utile d'examiner à part chacun des symptômes qui ont été signalés par les auteurs et de chercher à en établir la valeur. Je m'efforcerai ensuite de les grouper, en étudiant la marche de la maladie.

Les *lésions de l'appétit* sont le premier symptôme qui s'offre à nous du côté des voies digestives. Tous les auteurs ont noté l'ano-

rexie, que M. Valleix regarde comme à peu près constante ; cependant, dans bon nombre de cas, l'appétit est conservé ou même exagéré outre mesure. Sur 18 observations, où ce symptôme est mentionné, j'ai trouvé l'appétit complétement aboli 3 fois, et simplement diminué 7 fois ; 3 fois il subsistait à peu près à l'état normal ; enfin dans 5 cas, il était augmenté prodigieusement. En résumé, ce symptôme est trop variable pour qu'on puisse le rattacher directement à la présence d'un ulcère dans l'estomac ; il me paraît dépendre plutôt de l'état général de la muqueuse gastrique. On comprend ainsi que l'appétit se maintienne lorsque la muqueuse reste saine dans les points qui ne sont pas le siége des ulcérations, et qu'il diminue lorsqu'elle est plus ou moins altérée dans toute sa surface. M. Cruveilhier se rend compte de la voracité de la malade qui fait le sujet de sa 4e observation (*Anat. pathol.*, liv. 20) par la dilatation de la portion pylorique qui constituait en quelque sorte un second estomac.

L'état de la *langue* n'offre rien de plus constant ; au reste il n'est indiqué que dans un petit nombre d'observations. D'après M. Jaksch, la langue reste nette dans la forme gastralgique de la maladie, tandis qu'elle est couverte d'un enduit blanchâtre lorsque les symptômes de gastrite catarrhale prédominent,

Le plus souvent, chez les sujets atteints d'ulcères gastriques, les *digestions* sont lentes, pénibles, accompagnées d'oppression, d'anxiété épigastrique, de douleurs vives, de flatulences, d'éructations, de rapports ou de vomissements. Quelquefois l'appétit, subsistant dans toute son intégrité, l'ingestion des aliments est suivie d'un soulagement momentané ; puis, quand la digestion commence, il se manifeste un malaise qui va croissant jusqu'à ce qu'un abondant vomissement vienne terminer la scène. Cet état dyspeptique peut être le seul indice de la lésion si grave qui existe dans l'estomac. Il est cependant un certain nombre de cas dans lesquels les troubles digestifs n'apparaissent qu'à la dernière période, alors

que les hématémèses ont considérablement affaibli le malade; quelquefois même leur absence est constatée depuis le début de la maladie jusqu'à la mort, bien que tous les autres symptômes puissent offrir une grande intensité. Dans quelques cas enfin, la digestion présente de ces bizarreries qu'on retrouve dans la plupart des affections gastriques : ainsi les aliments les plus légers et les plus innocents sont moins bien supportés que d'autres réputés indigestes. Il est impossible de saisir un rapport entre le nombre ou la gravité des ulcères et la difficulté des digestions : souvent des ulcérations parfaitement cicatrisées donnent lieu à un état dyspeptique plus prononcé et plus rebelle, que des ulcérations nombreuses, profondes et en voie de progrès.

Les *vomissements* sont un symptôme bien plus important et plus caractéristique que ceux qui précèdent. Sur 36 observations, 30 malades en ont été affectés; 2 seulement n'ont eu que des éructations ou de légères regurgitations après les repas; 4 fois l'absence complète des vomissements est signalée pendant toute la durée de la maladie. Si l'existence des vomissements est à peu près constante, leur mode d'apparition et leur nature varient beaucoup. Survenant tantôt à jeun, tantôt après les repas, ils peuvent être aqueux, glaireux, bilieux, alimentaires, sanglants, fréquents ou rares, abondants ou légers ;mais, dans la grande majorité des cas, ils conservent à peu près le même caractère chez chaque individu, et peuvent fournir de précieux éléments au diagnostic anatomique et au pronostic. Les vomissements alimentaires sont ceux qui présentent le moins de fixité; ils peuvent survenir à toutes les périodes de la maladie; cependant il est rare qu'ils ne soient pas précédés par des vomissements aqueux ou muqueux, acides ou insipides, qui ont lieu à jeun. Quelquefois ils cessent pendant un temps variable, pour reprendre ensuite une nouvelle intensité, ou bien pour être remplacés par des vomissements de sang. Presque toujours ils s'allient aux troubles digestifs que j'ai

signalés plus haut et sont un moyen de soulagement désiré et provoqué par quelques malades. D'après M. Jaksch, ils caractérisent la forme gastritique de la maladie, tandis que les vomissements à jeun sont beaucoup plus fréquents dans la forme gastralgique. Dans les trente observations ci-dessus mentionnées, les vomissements alimentaires, muqueux ou bilieux se sont montrés 20 fois, soit seuls, soit concuremment avec les hématémèses. Presque toujours ils augmentent en fréquence et en abondance à mesure que les ulcérations font des progrès; quelquefois aussi ils persistent longtemps après la cicatrisation.

Quant aux *hématémèses*, elles se présentent sous trois aspects différents. Dans les cas les moins fréquents, ce sont de simples flocons ou des stries brunes ou noirâtres qui sont mélangés à la matière des vomissements; mais cette variété appartient principalement aux érosions hémorrhagiques des auteurs allemands. Plus souvent, ce sont de véritables vomissements noirs, comparés par les observateurs au marc de café, au chocolat ou à la suie, en tout semblables à ceux qui résultent d'un cancer de l'estomac, et impliquant presque toujours la présence d'ulcérations multiples ou d'une ulcération étendue en surface, mais peu profonde. Notons aussi leur fréquence relativement plus grande, lorsque l'ulcération siége à la région pylorique. Enfin, dans un grand nombre de cas, c'est du sang rouge, vermeil, qui est rendu par le vomissement, quelquefois en très-grande quantité. Ces hématémèses rouges résultent toujours de la perforation des parois d'un vaisseau sanguin d'un calibre notable, aussi sont-elles le plus souvent rapidement mortelles; elles surviennent presque toujours subitement, et dans quelques cas surprennent un individu en bonne santé ou qui n'accusait que des symptômes légers du côté de l'estomac. Tantôt il n'y en a qu'une seule, tantôt elles se succèdent pendant quelques jours; puis, si elles n'entraînent pas la mort, l'orifice vasculaire s'oblitère et peut même se cicatriser définitivement. J'aurai à revenir plus d'une fois sur ces vomissements de sang, dans le cours de ce travail. Sur les 30 cas où il y a eu des

vomissements, ils ont été 20 fois mélangés de sang ou constitués par du sang pur; 9 fois le sang rendu était noir; 11 fois il était rouge et provenait d'un gros vaisseau atteint par les progrès de l'ulcération. Je n'ai trouvé qu'un seul cas (*Arch. gén. de méd.*, t. 1; 1834) dans lequel le malade ait succombé à une hémorrhagie interne, encore la nature de l'accident a-t-elle été révélée par quelques crachats sanguinolents et une selle mélanique. Il ne faut cependant pas oublier que la vie d'un sujet atteint d'ulcère gastrique peut être mise en danger par une hémorrhagie interne, sans qu'elle soit indiquée par des vomissements ou des selles sanglantes.

M. Cruveilhier et M. Jaksch regardent la *constipation* comme un symptôme ordinaire des ulcères gastriques, la diarrhée étant au contraire l'exception. L'examen des observations où la nature des selles est indiquée confirme pleinement cette opinion : en effet, pour 12 cas de constipation rebelle, la diarrhée ne s'est montrée que 5 fois, et 2 fois seulement les selles sont restées naturelles; encore faut-il remarquer que le plus souvent la diarrhée est de peu de durée, et ne survient qu'à la dernière période de la maladie. Quant aux selles mélaniques, elles sont notées dans 10 observations, et si l'on rapproche ces 10 cas de ceux dans lesquels il y a eu des hématémèses, on voit que les selles sanglantes coïncident tantôt avec les vomissements rouges, tantôt avec les vomissements noirs, et apparaissent dans les mêmes circonstances. Dans un seul cas dont j'ai parlé plus haut, il y eut une selle sanglante sans hématémèse. Elles peuvent être très-abondantes : ainsi, dans une observation rapportée par M. Charcelay (*Bull. de la Soc. anat.*, 1836), la malade rendit environ six livres de sang par le vomissement et les selles.

Quelquefois il se manifeste, à des époques irrégulières, pendant le cours de la maladie, un état *tympanique* soit de l'estomac, soit des intestins, qui donne lieu à d'abondantes émissions de gaz par la bouche et par l'anus; mais ce phénomène n'a rien de caractéristique et se présente bien plus rarement que dans la gastralgie.

Dans la presque totalité des cas d'ulcères gastriques, les malades accusent des *douleurs* plus ou moins vives : tous les auteurs ont insisté sur ce symptôme. Ces douleurs ont leur point de départ à la région épigastrique ou bien dans l'un ou l'autre hypochondre ; mais souvent elles franchissent ces régions et s'irradient vers l'ombilic, dans tout l'abdomen, dans la région intercostale et au rachis. M. Cruveilhier a particulièrement appelé l'attention sur ce point douloureux, qui se manifeste, d'après lui, à la région du rachis correspondante à l'estomac ; mais je dois dire qu'il n'en est pas fait mention dans les autres observations que j'ai pu rassembler. La nature de ces douleurs est très-variable, quelquefois elles sont sourdes, profondes, comparées à un sentiment de tension ou de pression; d'autres fois elles sont aiguës, simulant un pincement, une torsion ou une brûlure extrêmement vive ; dans quelques cas enfin, les malades se plaignent d'un rongement intérieur, et ce sont d'ordinaire ceux dont l'appétit est augmenté. La douleur peut être continue ou intermittente, mais, dans tous les cas, elle offre des exacerbations soit spontanées, soit déterminées, par l'ingestion des aliments et des boissons, surtout s'ils sont irritants, par les vomissements, la pression, la fatigue, les affections morales. Certains malades, au contraire, voient leurs douleurs se calmer à la suite des repas, d'autres se soulagent par des vomissements provoqués, d'autres par une pression forte et continue. D'après M. Osborne (*Dublin Journal of medicine*, t. 27, p. 357), la position que prend le malade pendant les crises peut faire connaître le siége de la lésion, parce que, selon lui, le contact des liquides gastriques exaspérant la douleur, le malade se place instinctivement de telle sorte que ce contact n'ait pas lieu. Dans deux cas, les douleurs obtuses qui existaient à l'épigastre s'accompagnèrent de battements, quelque temps avant l'apparition d'une hémorrhagie mortelle. Quant aux douleurs atroces qui signalent les perforations, ce n'est pas ici le lieu d'en parler. Enfin, il faut se souvenir que, dans quelques cas très-rares, les malades n'ont accusé aucune douleur.

Pour terminer ce qui a rapport aux phénomènes locaux, il importe de signaler un symptôme négatif de la plus grande importance au point de vue du diagnostic; je veux parler de l'absence de toute *tumeur* à la région épigastrique dans l'immense majorité des observations. Dans le très-petit nombre de cas (trois dans mes observations) où cette tumeur existe, sa production s'explique de deux manières : 1° lorsqu'une vaste ulcération ou une perforation limitée par des adhérences salutaires viennent à se cicatriser, les tissus environnants rapprochés, froncés et épaissis, peuvent constituer une tumeur assez volumineuse; 2° lorsqu'une perforation de la face antérieure de l'estomac se limite par des adhérences sans se cicatriser, il se manifeste au bout de peu de temps une tumeur qui ne tarde pas à s'enflammer et à s'ouvrir au dehors, d'où il résulte une fistule gastrique. En dehors de ces deux cas très-rares, je le répète, les ulcères simples de l'estomac ne donnent lieu à aucune tumeur appréciable au toucher.

Il nous reste maintenant à étudier les phénomènes généraux de la maladie, et d'abord l'état du *pouls*. Il est à regretter qu'il n'en soit fait mention que dans un petit nombre d'observations; ce n'est guère que dans les cas où il est survenu incidemment des symptômes de gastrite, qu'on a noté un mouvement fébrile de quelque intensité, mais de peu de durée. Il est bien entendu que je ne parle pas ici de la fièvre intense qui se déclare lorsqu'il survient une péritonite, de la fièvre hectique des sujets réduits au marasme, ni de l'accélération du pouls qui suit les hémorrhagies abondantes. Pour M. Jaksch, une fièvre continue ou rémittente caractérise la troisième forme de la maladie, et la quatrième, admise d'après un seul cas douteux, s'accompagne de fièvre intermittente. En résumé, je ne pense pas que la fièvre doive être considérée comme un symptôme ordinaire des ulcères de l'estomac.

L'*amaigrissement* progressif des malades est un symptôme beaucoup plus constant, signalé par tous les auteurs, et qui se retrouve dans la plupart des observations, même chez les sujets qui se font

remarquer par leur voracité, et chez ceux qui n'ont pas de vomissements alimentaires. En effet, il n'y a pas lieu de s'étonner que la nutrition soit gravement compromise par la présence d'ulcérations plus ou moins nombreuses et étendues dans un organe aussi important que l'estomac. Dans quelques cas, cet amaigrissement a lieu dès le début et très-rapidement; presque toujours il est accompagné de malaise et de prostration des forces.

La *coloration des téguments* se modifie en même temps; la peau et les muqueuses sont remarquables par une teinte pâle, très-rarement jaunâtre et qui peut difficilement être confondue avec la coloration spéciale qui caractérise la diathèse cancéreuse.

Chez quelques sujets épuisés par les hémorrhagies, cette pâleur s'accompagne de *bouffissure* et parfois d'un véritable *œdème*, qui dénotent un état profondément anémique. Les *troubles de la menstruation*, observés chez plusieurs femmes, peuvent s'expliquer de la même manière lorsqu'ils n'ont pas précédé le début de la maladie.

Un symptôme sur lequel M. Cruveilhier et M. Jaksch ont insisté est l'*ennui*, la *tristesse* à laquelle les malades sont en proie, et qui n'est pas toujours en rapport avec l'intensité des autres symptômes. Il en est aussi fait mention dans plusieurs observations. M. Jaksch parle encore de la *céphalalgie* parmi les phénomènes qui caractérisent sa première variété.

M. Valleix et M. Cathcart Lees citent chacun un cas dans lequel il s'est manifesté une *toux* qu'ils regardent comme symptomatique de l'ulcération. L'observation de M. Lees (*Arch. gén. de méd.*, t. 27; 1851) concerne un ulcère situé dans le duodénum, très-près du pylore.

Un dernier phénomène qui mérite d'être signalé et qui s'est présenté trois fois dans nos observations, est la *position* remarquable que prennent quelques malades dont le corps est fortement courbé en avant. Deux fois cette position s'explique par l'existence, à la face antérieure de l'estomac, d'une large perforation cicatrisée et entourée d'adhérences aux organes voisins. Dans le troisième cas, elle avait pour but le soulagement des douleurs intolérables que le malade ressentait à

l'épigastre; ici encore l'ulcère était situé à la face antérieure de l'estomac.

DÉBUT.

Il est difficile d'établir, avec quelque précision, le début d'une maladie de si longue durée, et dont les symptômes sont si variables et quelquefois si peu apparents; les auteurs ne fournissent pas de renseignements à ce sujet. Je vais m'efforcer de combler en partie cette lacune, par l'examen de 34 obervations où sont indiquées les premières manifestations de la maladie; on verra dans le tableau suivant, comment elles se répartissent dans ces 34 cas.

10 fois, la maladie a débuté par des troubles dyspeptiques avec malaise, inappétence et faiblesse.
9 fois, par des douleurs à l'épigastre.
3 fois, par des vomissements à jeun.
2 fois, par la dyspepsie survenant dans le cours d'une aménorrhée chlorotique.
3 fois, par des symptômes de gastrite, accompagnés d'un mouvement fébrile.
4 fois, par une hématémèse subite.
1 fois, par des symptômes de perforation et de péritonite.
1 fois, par des symptômes d'hémorrhagie interne.
1 fois, par la diarrhée.

En résumé, la maladie a débuté dans la majorité des cas, soit 24 fois sur 32, par des symptômes dyspeptiques ou cardialgiques; 3 fois seulement par des symptômes de gastrite fébrile; 6 fois elle s'est manifestée brusquement par les hématémèses, l'hémorrhagie interne ou la perforation. Dans ces derniers cas, il est évident que la lésion anatomique a dû précéder assez longtemps l'apparition des premiers symptômes.

MARCHE ET VARIÉTÉS.

J'ai déjà fait connaître la division des ulcères gastriques en cinq

variétés, basée par M. Jaksch sur la nature et la marche de leurs symptômes; je dois maintenant exposer les raisons qui m'ont empêché de l'admettre. Je n'ai rien à dire sur la première forme qui constitue à mes yeux le véritable type de la maladie dégagée de toute complication. Mais les symptômes de gastrite muqueuse, qui caractérisent selon cet auteur la seconde forme, me semblent devoir être considérés, non comme une modification essentielle dans la marche de la maladie, mais comme une simple complication, qui survient accidentellement, avec ou sans cause appréciable, et qui peut disparaître sous l'influence d'un émétique, sans que pour cela les progrès de l'ulcération sòient entravés. Les accès de fièvre continue ou rémittente qui, d'après M. Jaksch, se montrent dans la troisième forme, et se prolongent rarement au delà de quinze jours, doivent aussi être rapportés soit à une complication étrangère à l'estomac, soit à un état momentané d'inflammation de la muqueuse gastrique. La quatrième variété repose sur une observation publiée dans le journal de la Société médicale de Bordeaux, dans laquelle un homme, atteint d'une fièvre intermittente rebelle au quinquina, succomba à une perforation ulcéreuse; j'avoue que j'ai peine à saisir là une relation de cause à effet. Enfin la cinquième variété, dans laquelle la lésion reste latente, me paraît devoir être conservée.

La classification des cas en aigus, chroniques et latents, me semble la plus simple et la plus conforme aux faits; c'est aussi la seule dans laquelle je puisse faire rentrer toutes mes observations. Je vais étudier successivement ces trois formes.

L'ulcère gastrique *aigu* n'est admis qu'avec réserve par les auteurs, et comme une variété très-rare dont ils se contentent de signaler l'existence. En effet, le peu de durée de la maladie et le développement rapide des symptômes ne suffisent pas à caractériser la forme aiguë; mais si, en outre, on trouve à l'autopsie des ulcérations moins régulières que celles qui appartiennent à la forme chronique, dont les bords soient minces, rouges, injectés, ramollis; dont le fond offre les mêmes signes d'inflammation, sans que la muqueuse

environnante soit épaissie ou ramollie, et que ces ulcères ne présentent dans aucun point de tendance à la cicatrisation, il ne peut guère rester de doutes sur l'acuïté de l'affection. Sur 43 observations dans lesquelles la marche est indiquée avec assez de précision pour que je puisse m'en servir ici, ce double caractère symptomatique et anatomique s'est présenté 5 fois. C'est là sans doute une faible proportion, mais qui suffit pour justifier l'adoption de cette variété. Ces cinq cas sont remarquables par la continuité des symptômes, l'absence d'exacerbations et de rémissions et leur terminaison promptement mortelle par perforation ou par hémorrhagie.

La forme *chronique* est de beaucoup la plus importante; c'est celle que les auteurs ont eu en vue dans la description qu'ilsont donnée des symptômes, et dont la fréquence relative a fait adopter à M. Cruveilhier la dénomination d'ulcère simple chronique; elle s'est présentée 34 fois sur mes 43 observations. Quant à l'ordre dans lequel se succèdent les symptômes, je renvoie à ce que j'ai dit sur le début de la maladie, et au tableau que j'en ai tracé à la page 9; je rappellerai seulement qu'il ne faut pas confondre les rémittences, dont j'ai signalé la fréquence à propos des symptômes principaux, avec les intervalles de santé qu'on observe entre la guérison d'un premier ulcère et l'apparition d'une récidive. M. Rokitanski admet, dans la marche de l'ulcère chronique, trois périodes, dont les deux premières sont tout à fait arbitraires; la troisième seule ou de terminaison mérite d'être conservée, parce qu'elle correspond à un changement dans l'état anatomique de la lésion.

La forme *latente* n'est pas admise par M. Valleix. Si l'on entend par là l'absence complète de toute perturbation dans les fonctions digestives, il est probable qu'on doit se ranger à cette opinion; mais quelques symptômes insignifiants du côté des voies digestives ne peuvent suffire à caractériser une maladie, et il est bien peu d'hommes, même d'une excellente santé, qui puissent se vanter d'en être toujours exempts. Pour nous, les ulcères sont latents lorsqu'il

ne s'est pas présenté pendant la vie une réunion de symptômes assez notables pour que le malade et le médecin aient dû s'en préoccuper. A le prendre ainsi, et en mettant de côté les observations qui ne donnent pas de renseignements sur les antécédents du sujet, j'ai trouvé 4 cas sur 43 où aucune affection des voies digestives n'a été soupçonnée pendant la vie. Il est probable qu'on en trouverait une plus forte proportion si l'on réunissait les autopsies d'individus ayant succombé à diverses affections, et dans lesquelles on a trouvé des ulcérations ou des cicatrices de l'estomac.

TERMINAISON, ACCIDENTS CONSÉCUTIFS ET RÉCIDIVES.

Les divers modes de terminaison des ulcères simples de l'estomac, étudiés dans 50 observations, se répartissent de la manière suivante :

Cicatrisation.....	5 cas, dont 2 suivis de récidive.
Perforation.....	29 cas.
Hémorrhagie.....	13 cas.
Dépérissement.....	5 cas.

Tous les auteurs ont admis la possibilité d'une guérison définitive par *cicatrisation*, et, d'après les tableaux de MM. Jaksch, Boschdalek, et Dietrich, elle semblerait devoir être assez fréquente. En effet, si l'on réunit les chiffres de ces trois observateurs, on trouve 150 cas de cicatrices pour 134 d'ulcérations ; cette proportion peut paraître trop favorable, mais il faut tenir compte des récidives, sur lesquelles je m'expliquerai plus loin. Sur mes 5 observations, 3 seulement concernent des sujets qui, pendant leur vie, avaient présenté des symptômes d'affection gastrique, et dans l'estomac desquels on a trouvé des ulcères parfaitement cicatrisés ; dans deux autres cas, la guérison s'est soutenue quatre ans chez l'un, cinq ans chez l'autre ; mais il est survenu une récidive, et l'autopsie a montré d'anciennes cicatrices à côté des ulcérations récentes qui avaient déterminé la mort.

La fréquence des *récidives* est admise par tous les auteurs comme un fait constant et qui ne peut laisser de doutes. Effectivement, si l'on range parmi les récidives tous les cas où on a trouvé à la fois dans l'estomac des cicatrices et des ulcérations, leur nombre est considérable; mais s'il n'y a pas eu de temps d'arrêt dans la marche des symptômes, s'ils n'ont cessé de s'aggraver, on ne peut dire qu'il y ait eu guérison et récidive; seulement quelques ulcérations se sont cicatrisées pendant qu'il s'en développait de nouvelles, comme cela arrive souvent pour les ulcères externes. En résumé, je crois qu'on a un peu exagéré la fréquence des récidives d'après quelques impressions vagues, et qu'on trouvera un plus grand nombre de cas de guérison définitive à mesure qu'on fera des progrès dans la connaissance clinique de la maladie.

Malheureusement la cicatrisation des ulcères ne met pas toujours à l'abri des *accidents consécutifs*. En effet, lorsqu'il y a eu une large perte de substance, et surtout si elle occupe la région pylorique, la rétraction du tissu cicatriciel peut entraîner une déformation de l'estomac ou un rétrécissement de son orifice pylorique; c'est ainsi que peuvent s'expliquer la dyspepsie, les vomissements et les douleurs, qui persistent quelquefois, quoiqu'à un degré moindre, après la cicatrisation. En outre, elle laisse le malade exposé à un accident terrible, la rupture de la cicatrice, dont M. Cruveilhier a cité un exemple remarquable (*Bulletins de la Société anatomique*, 1836). On a moins à redouter ces accidents consécutifs lorsque les ulcères sont d'un petit diamètre et situés loin des orifices.

La *perforation* des parois stomacales par un ulcère n'entraîne pas nécessairement la mort; en effet, si elle est *précédée d'inflammation adhésive* entre l'estomac et les organes voisins, en sorte que l'épanchement des liquides gastriques et la péritonite n'aient pas lieu, la cicatrisation est encore possible. On conçoit que ce mode de guérison expose plus encore aux accidents que je viens de signaler, et qu'il s'y joint des adhérences vicieuses avec les organes voisins. Quoique ce cas se soit présenté plusieurs fois dans mes observa-

tions, il n'a jamais été suivi de guérison ; les adhérences n'ont pas tardé à céder, et l'épanchement a eu lieu.

Si une perforation, précédée d'adhérences salutaires, se produit à la face antérieure de l'estomac, et qu'elle ne se cicatrise pas, il survient une inflammation circonscrite ; une tumeur apparaît à l'épigastre, se ramollit, s'ouvre au dehors, et il en résulte une *fistule gastrique*. J'ai trouvé quatre observations de ce genre dans lesquelles la mort est survenue après un temps variable ; mais on sait, par quelques cas célèbres dans la science, que cette sorte de lésion n'est pas incompatible avec la vie. Ce n'est pas ici le lieu d'en faire l'histoire ; je me contente de la signaler comme une conséquence possible des ulcères perforants de l'estomac. M. Jaksch rapporte un cas dans lequel une fistule s'établit de cette manière entre l'estomac et le colon transverse.

Dans la grande majorité des cas (25 sur 29), la *perforation* est suivie de l'*épanchement* des matières contenues dans l'estomac et d'une *péritonite* mortelle. Cet accident, auquel se rapportent la plupart des observations données sous le nom de *perforations spontanées*, survient tantôt d'une manière tout à fait inopinée, tantôt à la suite de quelque circonstance qu'on peut regarder comme la cause déterminante. Sur 25 observations, il a éclaté 13 fois sans cause appréciable, 6 fois après un repas modéré. Dans les 6 autres cas, il a suivi de près un effort, un accès de toux et d'éternument, l'administration d'un purgatif, l'ingestion d'un mets préparé dans un vase de cuivre, un accès de fièvre intermittente, une chute du rectum. Quelques-uns de ces faits ne sont probablement que des coïncidences fortuites, mais il peut être utile de les signaler. Quelle que soit la cause de la perforation, elle présente deux variétés dans la marche de ses symptômes. La solution de continuité se trouve en rapport avec les organes voisins de l'estomac ou avec quelques fausses membranes récemment développées ; dans ce cas, on observe une exaspération subite dans les symptômes gastriques, les vomissements surtout deviennent très-douloureux, puis, si les adhérences

ne se consolident pas, l'épanchement ne tarde pas à se faire, et il survient une péritonite mortelle ; il est impossible de fixer le temps, probablement très-variable, qui peut s'écouler entre la perforation et la péritonite. Dans le cas, au contraire, où la perforation communique directement avec la cavité péritonéale, l'épanchement a lieu immédiatement, les signes de péritonite suraiguë éclatent avec violence, et le malade succombe bientôt au milieu des souffrances les plus atroces. Dans mes observations, la durée de ces derniers symptômes, depuis la perforation jusqu'à la mort, a été de treize heures au minimum, et de quatorze jours au maximum; le plus souvent, deux, trois ou quatre jours. Dans un seul cas, il y a eu, le quatrième jour, une amélioration, suivie de rechute et de mort au neuvième jour. Je n'entreprendrai pas de faire ici l'histoire de la péritonite par épanchement; ce serait sortir de mon sujet. M. Jaksch dit avoir observé huit cas dans lesquels la perforation et l'épanchement ont eu lieu dans la cavité thoracique.

Il peut arriver, d'après M. Rokitanski, qu'une *péritonite par voisinage* se déclare et emporte le malade sans qu'il y ait eu perforation ni épanchement. Il est probable que les choses se passent quelquefois ainsi, mais je ne connais aucun fait qui le démontre.

J'ai déjà parlé des *hémorrhagies* symptomatiques, et j'ai dit que dans quelques cas, elles acquièrent une grande gravité par suite de la perforation des parois d'un gros vaisseau, et déterminent en peu de temps la mort du malade. Ces hémorrhagies terminales surviennent presque toujours brusquement et sont très-abondantes. Quelquefois il n'y a qu'un seul vomissement de sang suivi d'une syncope mortelle; d'autres fois, les hématémèses et les selles sanglantes se répètent à courts intervalles pendant quelques jours, ce qui s'explique soit par la rétention du sang dans l'estomac, soit par l'oblitération momentanée de l'orifice vasculaire par un caillot. Le temps qui s'est écoulé, dans treize observations d'hémorrhagie mortelle, entre les premiers symptômes et la mort, varie de quelques heures à six jours. Une seule fois il a été de treize jours, et je dois

faire remarquer que c'est le seul cas dans lequel le sang ait été fourni par une branche veineuse. Quelquefois l'accident est annoncé par des prodromes : ainsi j'ai noté dans deux cas des battements à l'épigastre ; plus souvent on observe des symptômes d'hémorrhagie interne, de la pâleur, des horripilations, du refroidissement aux extrémités, de la matité à l'épigastre. Dans un cas que j'ai déjà mentionné, la mort survint sans qu'il se fût produit d'hématémèse. Il est rare qu'on puisse assigner à l'hémorrhagie une cause déterminante : une seule fois, elle suivit de près l'administration d'une infusion d'ipécacuanha ; mais on conçoit que tout effort, toute distension de l'organe malade, puissent hâter la rupture des parois d'une artère déjà entamée par l'ulcération. Les symptômes qui suivent cet accident sont ceux de toutes les hémorrhagies, et leur intensité est en raison de l'abondance du sang versé.

Enfin le dernier mode de terminaison des ulcères gastriques est la mort par *dépérissement;* il doit être assez rare, car M. Jaksch dit ne l'avoir jamais rencontré. Cependant j'ai trouvé quatre observations dans lesquelles les malades, réduits au dernier degré de l'amaigrissement et du marasme, par les vomissements et le défaut de nutrition, ont succombé sans hémorrhagies graves ni perforations. Chez l'un d'eux, qui avait eu fréquemment des vomissements noirs pendant le cours de la maladie, il se développa à la fin une ascite qui parut être la cause immédiate de la mort. Dans deux autres cas, une grande partie des parois de l'estomac étaient détruites et remplacées par les organes voisins. Dans le quatrième, le pylore était rétréci par une cicatrice; ces trois derniers n'avaient jamais eu d'hématémèses.

DURÉE.

La durée de la maladie est extrêmement variable ; comme il n'a pas été donné de chiffres à ce sujet, je résumerai dans le tableau suivant les résultats fournis par 33 observations. Il est évident qu'il ne

peut être question ici que de la durée apparente de la maladie, c'est-à-dire depuis les premiers symptômes qui la révèlent jusqu'à la mort.

5 fois la maladie a duré moins d'un mois, soit 8 à 24 jours.
7 fois..... moins d'un an, soit 1 mois et demi à 9 mois.
6 fois..... 1, 1 et demi, ou 2 ans.
4 fois..... 4, 6 ou 7 ans.
5 fois..... 10, 14, 15, 19 ou 20 ans.
3 fois..... 28, 33 ou 34 ans.
3 fois on indique une durée de plusieurs années, sans en préciser le nombre.

J'ai compté, comme maladies distinctes, deux cas de récidive survenue après plusieurs années de santé. En résumé, on voit que peu de maladies oscillent, quant à leur durée, entre des limites aussi éloignées.

COMPLICATIONS.

L'étude des complications n'a pas produit jusqu'ici des résultats bien intéressants, elle ne doit cependant pas être négligée ; on pourra peut-être expliquer plus tard quelques-unes de ces coïncidences, et trouver entre elles et les ulcères de l'estomac une relation qui nous échappe encore. J'ai réuni dans le tableau suivant les résultats obtenus par MM. Jaksch et Dietrich, et ceux que m'ont fourni onze observations de ma série, ce qui fait un total de 175 autopsies.

Tubercules pulmonaires	72
Pneumonie	32
Bronchite chronique, gangrène et emphysème pulmonaire	8
Maladies du cœur	16
Néphrite albumineuse	7
Cancers divers	17
Suites de couches	18
Chute du rectum, invagination de l'iléon	2
Hypertrophie du foie	1
Ascite	1
Rétention d'urine	1

Il est impossible de ne pas remarquer l'énorme proportion des affections pulmonaîres et surtout de la phthisie tuberculeuse ; mais, si l'on réfléchit à l'extrême fréquence de ces affections, on ne s'étonnera plus de ce qui n'est probablement qu'une simple coïncidence. Un fait qui me paraît plus intéressant, c'est la coexistence dans 17 cas d'une affection cancéreuse avec des ulcères simples de l'estomac. Il en résulterait que la présence d'un cancer ne doit pas faire rejeter absolument la possibilité d'un ulcère non cancéreux dans l'estomac, lorsqu'il se présente des symptômes du côté de cet organe. Quant à l'influence que peuvent exercer ces diverses complications sur la marche des ulcères gastriques, et réciproquement, les renseignements que nous possédons sont tout à fait insuffisants, et tout reste à faire.

V.

LÉSIONS ANATOMIQUES.

Avant de commencer l'étude des caractères anatomiques des ulcères simples de l'estomac, je dois dire quelques mots sur leur *nombre* et leur *siége*.

Le plus souvent, on ne trouve à l'autopsie qu'une seule ulcération ou cicatrice ; lorsqu'il en existe plusieurs, elles sont ordinairement les unes cicatrisées, les autres en voie des progrès, et il est facile de voir, d'après leur aspect, qu'elles ont dû se succéder les unes aux autres. Cependant ce n'est pas là une règle absolue ; plusieurs fois on a trouvé deux ou trois ulcérations qui semblaient s'être développées simultanément ; et dans un cas qui a été rapporté par M. Degaille (*Bulletin de la Société anatomique,* 1850), j'ai pu me convaincre par moi-même de l'existence simultanée d'une vingtaine d'ulcérations de forme arrondie, de 3 millimètres à 1 centimètre de diamètre ; les plus petites, de couleur ardoisée ; les plus grandes, à fond rouge, in-

jecté, ramolli, à bords décollés; l'une d'elles aboutissait à la perforation qui avait déterminé une péritonite mortelle. Quant au cas où l'on en a trouvé un très-grand nombre, jusqu'à 7 ou 800, d'après M. Cruveilhier (*Bulletin de la Société anatomique,* 1836), leur petitesse et leur peu de profondeur les rapprochent tout à fait des érosions hémorrhagiques des auteurs allemands; aussi je ne les cite que parce que, à côté de ces petites érosions, il existait de véritables ulcères; ce cas s'est présenté deux fois dans les observations que je dois à l'obligeance de M. Lebert (voy. obs. 3 et 4). On verra, dans les trois tableaux suivants, combien est grande la proportion des cas où une seule ulcération a déterminé la maladie et la mort.

Sur 79 cas, M. Rokitanski en a trouvé :

62 fois.....	1 seule.
12 fois.....	2
4 fois.....	3
1 fois.....	5

Sur 111 cas, M. Jaksch en a trouvé :

70 fois.....	1 seule.
20 fois.....	2
6 fois.....	3
15 fois.....	plusieurs.

En analysant 55 observations, j'en trouve :

34 fois.....	1 seule.
7 fois.....	2
3 fois.....	3
1 fois.....	4
10 fois.....	un nombre supérieur.

En ajoutant ces trois résultats, on voit que les ulcères isolés se sont montrés 166 fois sur 245, soit environ dans les $^7/_{10}$ des cas.

On a trouvé des ulcérations et des cicatrices dans toutes les régions de l'estomac; mais elles sont loin de s'y distribuer avec une égale fréquence, comme le démontrent les deux tableaux suivants :

Sur 101 cas observés par M. Jaksch, les lésions occupaient

La face postérieure	43	fois.
La petite courbure	31	—
La face postérieure et la petite courbure	15	—
La grande courbure	3	—
Un espace très-étendu	4	—
Le grand cul-de-sac	2	—
La grande courbure et la face antérieure	1	—
La face antérieure	2	—

Mes 55 observations, examinées au même point de vue, se résument ainsi : les ulcères et les cicatrices ont eu pour siége

La petite courbure	18	fois.
La face antérieure	12	—
La face postérieure	9	—
La grande courbure	5	—
Le pourtour du pylore	4	—
La petite courbure et la face postérieure	2	—
Plusieurs régions à la fois	2	—
Le pourtour du pylore et la face antérieure	1	—
Les faces antérieure et postérieure	1	—
Le grand cul-de-sac	1	—

Mes résultats ne sont pas tout à fait d'accord avec ceux de M. Jaksch, quant à la fréquence relative des ulcères aux faces antérieure et postérieure, et à la petite courbure; il est probable que dans ma série, le chiffre attribué à la face postérieure est trop faible; mais, en tenant compte des 15 cas de M. Jaksch, dans lesquels il y avait des ulcérations à la fois à la face postérieure et à la petite courbure, je reste convaincu que celle-ci doit avoir la priorité, et je rangerai les régions de l'estomac dans l'ordre suivant, sous le

rapport de leur aptitude à devenir le siége des ulcères simples : petite courbure, face postérieure, face antérieure, grande courbure, pylore, grand cul-de-sac. Tous les auteurs ont remarqué la fréquence plus grande des ulcérations dans la portion pylorique de l'estomac. En effet, sur 33 observations, je les ai trouvées situées 19 fois dans la moitié pylorique, 8 fois dans la moitié cardiaque, et 6 fois à égale distance des deux orifices.

La *forme* des ulcères simples de l'estomac est, en général régulièrement arrondie, surtout à leur début; quelquefois ils s'allongent et deviennent ovales à mesure qu'ils augmentent en surface. Très-rarement leur forme est irrégulière, à moins que deux ou plusieurs ulcères ne se soient réunis par leurs bords. Lorsqu'ils ont leur siége au pylore même, ils affectent la forme d'une zone circulaire. Dans 29 autopsies, on a trouvé des ulcérations

Circulaires.....	18 fois.
Ovales.....	2 —
En zone autour du pylore.....	3 —
Irrégulières.....	6 —

Leurs *dimensions* en surface sont extrêmement variables depuis les plus petites ulcérations, qui n'ont que 3 ou 4 millimètres de diamètre, jusqu'à celles qui détruisent une portion considérable des parois de l'estomac. Dans un grand nombre de cas, on compare leur diamètre à celui d'une pièce de 10 sous; mais assez fréquemment il atteint celui d'une pièce de 5 francs et plus. L'ulcération ne dépasse ces limites pour parvenir aux dimensions extrêmes que nous avons signalées, que dans le cas où des adhérences avec les organes voisins préviennent la perforation et l'épanchement. Huit fois seulement sur trente-six observations, le diamètre des ulcères a dépassé 4 ou 5 centimètres.

La *profondeur*, mesurée par le nombre des tuniques envahies, n'est pas toujours en rapport avec les dimensions en surface. Souvent l'ulcération ne détruit que la tunique muqueuse et le tissu cellulaire

sous-jacent, en sorte qu'au fond on trouve les fibres musculaires à nu. D'autres fois la tunique péritonéale, ou même les organes adjacents à l'estomac, constituent la base de l'ulcère. La membrane séreuse paraît résister plus longtemps que les autres, et lorsqu'elle se perfore, ce n'est ordinairement que sur un point très-restreint, comparativement à la surface ulcérée. On conçoit, du reste, que la profondeur apparente des ulcères soit modifiée par l'état d'amincissement ou de tuméfaction de leurs bords et de leur fond.

L'aspect de la *base* varie avec la marche de l'ulcération, et la période à laquelle elle est parvenue. Dans les cas les moins fréquents, la surface est rouge, injectée, ramollie, tomenteuse, sans épaississement de la base; nous avons vu déjà que ces caractères anatomiques indiquent une marche aiguë. Beaucoup plus souvent elle a une teinte grisâtre ou ardoisée, et repose sur une base légèrement épaissie et indurée, qui rappelle celle des chancres syphilitiques. Dans quelques cas enfin, cette surface est noirâtre et comme boueuse, par suite de l'exhalation sanguine qui y a lieu. D'après M. Cruveilhier, on y distingue, à la loupe, une foule de petits orifices vasculaires, les uns béants, les autres oblitérés. Lorsque l'ulcération a détruit la membrane muqueuse et son tissu cellulaire, on trouve au fond les fibres musculaires quelquefois un peu ramollies et dissociées, mais conservant leurs caractères spécifiques. Quand, à son tour, la tunique musculeuse a disparu, le fond de l'ulcère se présente sous l'aspect d'une membrane mince, blanchâtre, homogène, adhérente aux organes voisins. Enfin cette membrane elle-même peut être détruite, et le fond de l'ulcère offre alors les caractères de l'organe dans lequel il poursuit désormais ses ravages; c'est ainsi qu'il se produit de profondes excavations dans le foie, le pancréas, la rate, les parois abdominales et le diaphragme. Dans une observation de M. Vigla (*Bulletin de la Société anatomique*, 1837), la cavité creusée dans le tissu de la rate était en partie obturée par un lambeau flottant faisant l'office de soupape.

Les *bords* des ulcères ont le même aspect que leur surface. Ainsi,

dans la forme aiguë, ils sont irréguliers, déchiquetés, rouges, amincis, ramollis quelquefois jusqu'à consistance pulpeuse; dans la forme chronique, ils sont réguliers, taillés comme à l'emporte-pièce: à pic, si la muqueuse est seule détruite; en talus, si l'ulcération pénètre plus avant, et dans ce cas, son diamètre est plus grand à la surface qu'au fond; rarement amincis, ils sont au contraire presque toujours le siége d'une hypertrophie simple des tuniques muqueuse et musculeuse, sans interposition d'aucun élément hétéromorphe. Ordinairement cet épaississement détermine la formation d'un bourrelet circulaire plus ou moins saillant, et médiocrement induré; quelquefois il existe autour de l'ulcère une aréole de couleur ardoisée ou lie de vin; quelquefois aussi les bords sont décollés et renversés en dehors, ce qui indique que l'ulcération est en voie de progrès; au contraire, lorsqu'elle tend à la cicatrisation, le bourrelet s'efface, et la muqueuse amincie se replie en dedans, pour venir rejoindre le fond de l'ulcère. Quel que soit l'état hypertrophique de la base et des bords, on n'y retrouve jamais ni cette teinte bleuâtre et nacrée, ni cette résistance particulière au scalpel, ni ce suc infiltrant, qui caractérisent les productions cancéreuses, et le microscope n'en peut pas découvrir les cellules spécifiques. Je dois cependant signaler une observation douteuse de M. Courtin (*Bull. de la Soc. anat.*, 1848) qui offre tous les caracteres extérieurs de l'ulcère cancéreux, bien que M. Lebert n'y ait trouvé aucune trace de ses éléments microscopiques.

Je ne connais aucune observation dans laquelle on ait signalé l'existence simultatée de plusieurs *perforations;* cependant, lorsque des adhérences salutaires ont prévenu une première fois l'épanchement et la péritonite, il n'est pas impossible qu'une seconde perforation ait lieu dans un point moins favorablement situé. Le siége des perforations est nécessairement le même que celui des ulcères, mais elles sont loin d'avoir la même gravité dans toutes les régions de l'estomac; ainsi, à la petite courbure et à la face postérieure, les perforations, rencontrant des organes très-rapprochés, sont plus fa-

cilement limitées par des adhérences, et la terminaison fatale est plus ou moins retardée; par la même raison, celles de la face antérieure déterminent assez ordinairement des fistules à travers les parois abdominales. Au contraire, les perforations situées à la grande courbure, et surtout près du pylore, exposent presque fatalement à un épanchement immédiat des liquides gastriques dans la cavité péritonéale. Les perforations se divisent en deux catégories, d'après leur aspect et leur mode de formation. Les premières, qui mettent en communication directe la cavité stomacale et la cavité péritonéale, sont presque toujours arrondies et nettement circonscrites; leur diamètre, quelquefois très-petit, peut atteindre jusqu'à 2 centimètres, mais jamais il n'est égal au diamètre de l'ulcère pris au niveau de la muqueuse; souvent même on ne trouve qu'une très-petite perforation au fond d'un ulcère de grande dimension; leur hauteur dépend uniquement de l'état d'hypertrophie ou d'amincissement de leurs parois, et quand il y a hypertrophie, elle ne dépasse pas la couche musculeuse. Les perforations de la seconde variété offrent un trajet fistuleux plus ou moins allongé, plus ou moins sinueux et infundibuliforme; elles aboutissent tantôt à la cavité péritonéale, tantôt à des foyers circonscrits par des viscères et des fausses membranes, tantôt à l'extérieur. Dans le premier cas, leur orifice péritonéal est toujours très-petit, et assez souvent irrégulier, ovalaire ou en fente; leur trajet peut avoir jusqu'à 2 ou 3 centimètres de longueur. Dans les deux autres cas, il peut arriver que la fistule s'organise, se revête d'une membrane de nouvelle formation, et subsiste assez longtemps sans entraîner la mort du sujet.

Pour compléter l'histoire anatomique des perforations ulcéreuses, il faut indiquer les caractères qui les distinguent des autres sortes de perforations de l'estomac. 1° On reconnaît facilement les perforations cancéreuses à leur forme presque toujours irrégulière ou en fente, et surtout à l'aspect cancéreux de leurs parois. 2° Les perforations résultant de la chute d'une eschare produite par l'ingestion d'un caustique sont entourées d'une aréole inflammatoire, sans bour-

relet muqueux et sans épaississement des tissus; elles sont situées près du cardia ou à la partie déclive de l'estomac. Le caustique laisse des traces de son passage dans la bouche, le pharynx et l'œsophage; enfin on peut le retrouver, par l'analyse chimique, dans les liquides et les solides de l'économie. 3° L'existence des perforations par gangrène, ramollissement ou amincissement, admise par quelques auteurs, n'est pas assez bien démontrée pour qu'on puisse en établir les caractères. 4° Les ruptures de l'estomac, bien étudiées par M. Lefèvre sous le nom de perforations spontanées (*Arch. gén. de méd.*, t. 2 et 3; 1842), se distinguent par la dilatation de l'estomac et l'amincissement de ses parois, l'inégale rétraction des tuniques autour de la solution de continuité, et leurs bords éraillés ou déchirés. 5° Enfin les perforations cadavériques ont des bords amincis, ramollis, sans netteté, d'une couleur blanchâtre semblable à celle du chyme; de plus, les signes de la perforation n'ont pas été observés avant la mort, et on ne trouve dans le voisinage aucune trace de péritonite ni d'adhérences entre l'estomac et les organes attenants.

Les *érosions vasculaires* sont la conséquence nécessaire de toute ulcération; mais, lorsque celle-ci atteint et détruit les parois d'un gros vaisseau, il en résulte, avons-nous dit, une hémorrhagie mortelle. D'après M. Jaksch, les vaisseaux ainsi lésés ont été :

L'artère splénique	1	fois.
La coronaire stomachique	1	—
Une petite artère de la rate	1	—
Une branche artérielle indéterminée	4	—

Dans 13 de mes observations, l'hémorrhagie avait sa source :

Dans l'artère splénique	5	fois.
— le tronc de la coronaire stomachique	1	—
— l'une de ses branches principales	2	—
— la coronaire stomachique et dans la pylorique	1	—
— une branche artérielle indéterminée	3	—
— la veine coronaire stomachique gauche	1	—

Ainsi l'artère splénique tient le premier rang, puis vient la coronaire stomachique et ses branches. Une seule fois l'hémorrhagie mortelle a été fournie par une veine; il faut probablement attribuer cette rareté comparative au cours moins rapide du sang dans les veines, et à la flaccidité de leurs parois, qui en facilite l'oblitération. Dans une observation, la perforation de l'artère splénique a été favorisée par l'état athéromateux de ses parois. D'après M. Cazeaux, la perforation artérielle est précédée d'une inflammation par voisinage, qui oblitère les vaisseaux; puis l'ulcération envahit leurs parois, et ce n'est que quand tout le cylindre est coupé, que le caillot est chassé, et que l'hémorrhagie a lieu (*Bull. de la Soc. anat.*, 1836). Deux ordres de faits viennent à l'appui de cette manière de voir : 1° Quand la perforation artérielle se trouve au centre d'un ulcère parfaitement cicatrisé, il est clair que l'oblitération a dû précéder l'érosion, et qu'elle a duré assez longtemps pour permettre à l'ulcère de se cicatriser ; puis le caillot a été chassé, et l'hémorrhagie a eu lieu. 2° Quand on trouve une grosse artère complétement coupée dans une étendue notable, il est évident aussi que, si elle n'avait été préalablement oblitérée, une hémorrhagie mortelle serait survenue avant que tout son calibre fût détruit ; mais je ne crois pas qu'on doive généraliser cette opinion, car assez souvent les parois artérielles ne sont que perforées sur un point de leur circonférence. Pour trancher la question, il faudrait que dans les autopsies on examinât l'état des artères situées dans le voisinage des ulcérations, mais non encore perforées, et c'est ce qui n'a pas été fait.

On ne peut pas toujours affirmer, lorsqu'on trouve des *cicatrices* dans un estomac, qu'elles proviennent d'ulcères simples guéris. En effet, elles pourraient être dues à l'action d'un poison caustique ; mais, si l'œsophage et le cardia restant sains, on trouve plusieurs cicatrices dans l'estomac, si rien dans les antécédents ne se rapporte à un empoisonnement, si surtout on trouve en même temps des ulcères simples bien caractérisés, il ne peut guère rester de doutes sur leur nature. On ne pourrait plus les confondre qu'avec des cica-

trices d'ulcères cancéreux, si toutefois il en existe; il resterait alors, comme caractère différentiel, l'aspect de leur base et des tissus environnants et l'étude des antécédents. Les cicatrices ont pu être étudiées dans un nombre considérable de cas, puisque M. Boschdalek en a trouvé 56 fois sur 113 observations, et M. Jaksch 55 fois sur 112 observations. Dans ma série, j'ai trouvé 3 fois des cicatrices seules, et 17 fois des cicatrices en même temps que des ulcérations. Elles se présentent sous l'aspect d'une surface blanche, lisse, dure, déprimée, à bords taillés obliquement, offrant tous les caractères du tissu fibreux, et jamais, d'après M. Cruveilhier, ceux du tissu muqueux. J'ai dit que le plus souvent, quand la cicatrisation commence, les bords tuméfiés de l'ulcère s'amincissent, la muqueuse se replie en dedans, et vient se continuer au fond de l'ulcère avec ce tissu fibreux de nouvelle formation; ce n'est pas cependant une règle absolue: quelquefois le bourrelet circulaire persiste et s'indure, ce qui augmente la profondeur de la dépression cicatricielle. Dans une observation de M. Taylor (*The Lancet*, décembre 1844), il existait une cavité capable de loger une noix, à bords très-épais, saillants, calleux, et perforée au fond par un ulcère récent. Ordinairement les cicatrices sont entourées de plis rayonnés produits par la rétraction du tissu cicatriciel, je parlerai plus loin des déformations de l'estomac que peut déterminer cette rétraction. Une perforation, si elle n'est pas suivie d'épanchement, n'est pas un obstacle à la cicatrisation, puisque dans plusieurs cas les parois de l'estomac sont complétement détruites dans une étendue notable, en sorte que le tissu fibreux repose sur les organes voisins. M. Valleix cite une observation de MM. Hughes et Ray, dans laquelle il y eut une première fois des symptômes de perforation et de péritonite; la malade guérit, mais quatre mois après elle succomba à la reproduction de ces accidents plus intenses. A l'autopsie on trouva une perforation canaliculée et un enfoncement froncé cicatriciel, qui parut être le résultat de la première perforation (*Guy's hosp. rep.*, t. 4;

1846). Mais il est possible que les premiers symptômes n'aient été que ceux d'une péritonite par voisinage. Du reste les cicatrices présentent toutes les variétés de nombre, de siége, de forme et de dimension, que nous avons décrites à propos des ulcérations.

Il est à regretter que l'aspect général de la *membrane muqueuse* n'ait pas fixé d'une manière spéciale l'attention des auteurs qui ont décrit les ulcères simples, et ne soit signalé avec précision que dans un petit nombre d'observations; en sorte que je dois me borner à indiquer le résultat de l'analyse de 25 autopsies. 6 fois la muqueuse était parfaitement saine dans les points qui n'étaient pas le siége des ulcérations; 2 fois elle était pâle et exsangue, et une fois colorée en rouge par le contact du sang. Mais un simple changement de couleur résultant soit d'un état anémique général, soit d'une imbibition cadavérique ne peut être considéré comme une altération spéciale, et nous pouvons dire que, 9 fois sur 25, la muqueuse ne présentait les vestiges d'aucune lésion vitale : c'est à mes yeux une preuve suffisante que les ulcères simples de l'estomac sont une affection *sui generis*, toute locale, et qui n'est nullement le résultat d'une inflammation aiguë ou chronique. Dans les 16 autres cas, on a trouvé 11 fois des altérations se rapportant aux divers degrés de la congestion et de l'inflammation, avec des caractères d'acuité plutôt que de chronicité : ce sont l'injection, le ramollissement rouge, le plissement, l'épaississement et l'état mamelonné. 2 fois la muqueuse était pâle, ramollie et amincie; 2 fois il y avait de nombreuses érosions sans épaississement ni amincissement, et 1 fois des taches brunes que M. Lebert regarde comme des ecchymoses. En résumé, ces lésions, si variables, me semblent être de simples complications des ulcères gastriques, déterminées peut-être quelquefois par leur présence, mais qui n'en sont ni la cause ni une conséquence nécessaire.

Avant de quitter la surface interne de l'estomac, je dois dire quelques mots de ces *érosions hémorrhagiques* que j'ai nommées déjà plusieurs fois dans le cours de ce travail. Ce sont, d'après

M. Jaksch, de petites surfaces rondes ou allongées, du diamètre d'un pois, où la muqueuse est rouge foncé, ramollie, comme saignante, et au milieu desquelles se trouve une très-petite perte de substance qui n'intéresse que les couches les plus superficielles de la muqueuse. Cette membrane est ordinairement gonflée et ramollie dans les parties voisines. Plusieurs raisons m'ont engagé à ne pas faire figurer ces lésions parmi les véritables ulcères gastriques : 1° Sous le rapport de l'étiologie, elles ne se répartissent pas entre les deux sexes avec la même inégalité que les ulcères. En effet, nous avons vu que M. Jaksch a trouvé des ulcères ou des cicatrices chez 31 femmes pour 22 hommes, et M. Dietrich, chez 64 femmes pour 21 hommes, tandis que les érosions ont été rencontrées par le premier chez 39 femmes pour 36 hommes, et par le second chez 26 femmes pour 24 hommes; c'est-à-dire presque en égale proportion dans les deux sexes. 2° Leur nombre est toujours très-considérable chez un même sujet, tandis que l'inverse a lieu pour les ulcères. Or, si les érosions n'étaient que le premier degré des ulcères, on devrait souvent trouver ceux-ci réunis en très-grand nombre. 3° L'aréole rouge et ramollie qui les environne ne se retrouve que très-rarement autour des ulcères. 4° Nulle part on ne signale de cicatrices dont l'aspect puisse se rapporter à celui des érosions. 5° MM. Jaksch et Dietrich qui les ont signalées et décrites, ne les confondent point avec les ulcères, et ont toujours soin de les faire figurer à part dans leurs relevés statistiques. M. Jaksch les cite même parmi les maladies dont il serait à désirer qu'on pût établir le diagnostic différentiel. Ces motifs et l'absence complète de renseignements sur la symptomatologie m'ont décidé à laisser de côté cette lésion, et à la regarder, provisoirement au moins, comme distincte des ulcères, bien qu'elle puisse parfois les compliquer.

La *forme* et le *volume de l'estomac* sont quelquefois modifiés par les ulcères et surtout par leurs cicatrices. Rarement l'estomac est

rétréci dans tout son calibre ; dans beaucoup de cas au contraire, il est plus ou moins dilaté, soit parce qu'il est habituellement distendu par du sang, soit parce qu'un rétrécissement du pylore y fait séjourner les aliments. Les déformations les plus bizarres peuvent résulter de la présence d'une large cicatrice : ainsi, dans une observation de M. Cruveilhier (*Anat. pathol.*, livr. 20), l'estomac était partagé en deux cavités par une bride cicatricielle, au milieu de laquelle se trouvait le pylore. Dans l'observation de MM. Hughes et Ray, citée plus haut, l'estomac était aussi resserré à sa partie moyenne, de manière à figurer un sablier. D'autres fois ce sont les adhérences de l'estomac avec les organes voisins qui entraînent son déplacement ou sa déformation. Enfin, toutes les fois qu'un ulcère situé près du pylore vient à se cicatriser, cet orifice est rétréci. Nous avons vu quelle fâcheuse influence ces altérations peuvent exercer sur la santé, après la guérison des ulcères.

Le *contenu de l'estomac* n'a pas une grande importance. Quelquefois on y a trouvé des aliments plus ou moins digérés ; plus rarement il était vide. Mais, dans le plus grand nombre des cas, il contenait du sang noir et altéré, ou bien des caillots récents, ces derniers provenant toujours d'une hémorrhagie artérielle. Dans quelques cas, la quantité en était considérable ; elle est évaluée plusieurs fois à une livre et demie, et dans un cas à 5 ou 6 livres. Le lavage ne suffit pas pour distinguer la coloration de la muqueuse, produite par le contact du sang, de celle qui résulte d'une véritable hyperémie ; celle-ci est plus vive, moins uniforme ; et, sous le microscope, on voit qu'elle tient à l'engorgement des réseaux capillaires, et non à une infiltration interstitielle ; enfin elle s'accompagne de changements appréciables dans la consistance et l'épaisseur de la membrane.

Les *adhérences* de l'estomac aux organes voisins sont signalées dans 20 observations sur 55, et se répartissent de la manière suivante :

Avec le foie	5	fois.
— le foie et le pancréas	1	—
— le foie, le pancréas et le colon	2	—
— le foie et les parois abdominales	1	—
— le foie et le diaphragme	1	—
— le foie et le colon	1	—
— le pancréas	6	—
— les parois abdominales	2	—
— la rate	1	—

Ainsi les adhérences les plus fréquentes ont lieu avec le foie; puis vient le pancréas, puis le colon et les parois abdominales, enfin la rate et le diaphragme. Elles sont beaucoup plus communes avec le lobe gauche du foie qu'avec le lobe droit. Au reste, ces adhérences sont de deux sortes : les unes ont lieu par l'intermédiaire des fausses membranes, si bien qu'entre la perforation de l'estomac et l'organe adjacent, il existe des foyers plus ou moins étendus. Les autres sont immédiates, en sorte que lorsque les tuniques de l'estomac sont détruites, si l'ulcération ne s'arrête pas, elle envahit le tissu de l'organe adhérent, et y poursuit sa marche jusqu'à ce que la mort vienne y mettre un terme. Il est bien entendu que je ne parle ici que des adhérences qui ont précédé la perforation et l'épanchement; les autres appartiennent à l'histoire de la péritonite. On signale en outre dans quelques cas l'état d'anémie et de racornissement des viscères adhérents à l'estomac et atteints par les progrès de l'ulcération.

Les lésions qu'on a rencontrées dans les parties du *tube digestif* autres que l'estomac n'ont rien de constant. Dans huit observations, on signale la présence du sang liquide ou en caillots dans l'œsophage et l'intestin, et leur coloration rouge foncé. Deux fois, on a trouvé un peu d'hyperémie ou une légère inflammation dans l'œsophage et le duodénum. Les autres altérations observées paraissent sans aucune liaison avec la maladie principale; c'est dans un cas une hypertrophie des glandes de Brunner et de Peyer; dans un autre, des

plaques dures, transparentes, incolores, de l'intestin grêle ; une invagination de l'iléon, une chute du rectum, etc.

Je ne fais que mentionner en passant les traces de *péritonite aiguë* qu'on observe dans tous les cas de perforation. Deux fois, on a trouvé un épanchement ascitique et des adhérences anciennes, sans qu'il y eût jamais eu de perforation. M. Stokes rapporte un cas curieux dans lequel des adhérences solides et chroniques de l'épiploon constituaient une cloison transversale entre laquelle et le diaphragme se trouvaient limités l'épanchement et la péritonite. On put voir, au moment de la perforation, le ventre se tuméfier et se diviser en deux portions séparées par un sillon (*Dublin quart. journ.*, nov. 1846).

Parmi les *altérations diverses* qu'on trouve dans les autres parties du corps, une seule mérite d'être signalée comme dépendant de l'ulcère gastrique ; c'est la décoloration et l'anémie qu'on observe dans tous les organes et jusque dans les téguments, à la suite des hémorrhagies abondantes ou fréquemment répétées. Les autres lésions appartiennent aux affections diverses dont j'ai parlé à propos des complications.

NATURE.

Quelle est la nature intime des ulcères simples de l'estomac? quel est le mécanisme de leur formation? Je dois convenir que la plus profonde obscurité règne sur ce point de pathogénie. Qu'ils ne soient pas de nature cancéreuse, c'est ce qui ressort avec évidence de toute leur description, et il n'est pas nécessaire d'y insister davantage. Bien qu'on ait comparé leur aspect à celui des chancres, rien absolument ne peut faire supposer qu'ils dépendent d'une infection syphilitique. Parlerai-je du vice dartreux? Mais, outre que c'est là une expression à laquelle il est difficile d'attacher un sens précis, la coïncidence des affections cutanées avec les ulcères gastriques n'est signalée par aucun observateur. Si la fréquence des cas où les

ulcères de l'estomac se sont montrés chez des sujets atteints d'affections tuberculeuses peut à la rigueur faire envisager celles-ci comme une cause prédisposante, il reste un nombre encore plus considérable de cas dans lesquels ils en sont tout à fait indépendants ; d'ailleurs on ne signale nulle part la présence de la matière tuberculeuse à la base ou autour des ulcères. J'ai exposé plus haut les motifs qui m'empêchent de croire qu'ils se présentent à leur début sous la forme d'érosions hémorrhagiques. M. Rokitanski pense qu'ils succèdent à un ramollissement circonscrit en forme d'eschare ; mais cette manière de voir, qui n'est pas adoptée par les autres observateurs, ne concorde nullement avec ce qu'on observe sur le cadavre. Enfin la plupart des auteurs qui ne s'en sont pas occupés d'une manière spéciale les rattachent à la gastrite aiguë ou chronique. M. Valleix, tout en les désignant sous le nom de gastrite ulcéreuse, fait ses réserves, et ajoute qu'il ne prétend pas dire qu'ils soient la conséquence d'une inflammation ordinaire de l'estomac. J'ai déjà fait connaître les raisons, tirées de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique, qui m'empêchent de regarder les ulcères comme un mode de terminaison ou une variété de la gastrite ; je n'entends pas dire par là qu'ils n'ont pas une origine inflammatoire comme toute autre ulcération ; mais c'est une inflammation toute locale et circonscrite, qui n'est pas plus une gastrite, qu'une ulcération aphtheuse de la cavité buccale n'est une stomatite. En résumé, l'opinion qui me semble réunir le plus de probabilités, c'est que les ulcères de l'estomac succèdent à une inflammation spécifique, circonscrite, dont la cause première nous échappe ; qu'ils débutent par les couches superficielles de la muqueuse, et s'étendent en surface et en profondeur par la destruction graduelle des tissus qu'ils rencontrent. Je ne me dissimule pas tout ce qu'il y a d'incomplet et d'hypothétique dans cet exposé ; il est regrettable que l'attention des observateurs se soit portée presque exclusivement sur les ulcérations avancées, les perforations et les cicatrices ; peut-être qu'une observtion plus attentive des ulcères commençants, qu'on

trouve quelquefois près de ceux qui ont déterminé la mort pourra-t-elle éclairer la question.

VI.

DIAGNOSTIC.

Si l'on examine successivement chacun des symptômes des ulcères simples de l'estomac, on voit qu'aucun ne constitue un caractère véritablement pathognomonique, dont la présence suffise pour fonder un diagnostic absolu. Mais je pense que, dans le plus grand nombre des cas, on peut parvenir à établir le diagnostic, en ayant égard à l'ensemble de la symptomatologie et aux circonstances commémoratives, et en procédant par voie d'exclusion. Pour arriver à un tel résultat, il faut comparer successivement les ulcères gastriques avec toutes les maladies qui s'en rapprochent par la nature et la marche de leurs symptômes ; mais il ne suffit pas de les envisager dans leurs formes les mieux caractérisées et dans leur marche la plus normale, car on ne met ainsi en opposition que des types. Cette manière de procéder, usitée dans la plupart des traités généraux de pathologie, peut être utile pour l'étude théorique des maladies, mais, dans l'application clinique, elle est tout à fait insuffisante, et il devient nécessaire de comparer les maladies dans leurs variétés qui se rapprochent le plus. C'est aussi la marche que je compte suivre ; j'indiquerai, à propos de chaque affection dont les symptômes ont quelque analogie avec ceux des ulcères gastriques, dans quelle proportion de cas et dans quelles circonstances on peut les confondre avec ceux-ci, puis je chercherai à découvrir s'il n'existe pas quelque signe propre à les faire distinguer.

Dès l'abord, il se présente une grande difficulté : quelles sont les maladies de l'estomac dont on doit admettre l'existence comme réelle et bien constatée? Lors de la réaction qui suivit l'abandon général

des idées de Broussais, la pathologie de l'estomac resta quelque temps bornée à l'étude de ses lésions anatomiques; puis, bientôt après, des observateurs distingués cherchèrent à rattacher la plupart de ces lésions aux symptômes observés pendant la vie, mais ce ne fut pas sans soulever des controverses; d'autres observateurs les ont envisagées comme des altérations survenues après la mort. En sorte qu'aujourd'hui, si la question paraît tranchée pour quelques-unes de ces affections, comme les ulcères simples, il en est d'autres sur lesquelles il peut rester des doutes. Mais, comme il ne m'appartient pas de prononcer sur des questions qui tiennent en suspens tant de bons esprits, je dois regarder comme conformes aux faits les descriptions tracées par des auteurs recommandables, et chercher, autant que possible, les différences qui peuvent exister entre ces descriptions et celle des ulcères simples. Les affections dont je vais m'efforcer d'établir le diagnostic différentiel peuvent se classer de la manière suivante :

Affections à marche aiguë...		Embarras gastrique. Gastrite aiguë. Empoisonnement.
Affections à marche chronique	sans hématémèses...	Gastrite chronique. Ramollissement blanc. Ramollissement gélatiniforme. Hypertrophie pylorique. Dilatation simple. Corps étrangers. Gastralgie. Vomissements nerveux.
	avec hématémèses..	Gastrorrhagie idiopathique. Cancer. Érosions hémorrhagiques. Ulcères simples du duodénum.

Les symptômes les plus positifs de l'*embarras gastrique* sont, d'a-

près M. Martin-Solon, l'anorexie, une saveur désagréable, un enduit saburral sur la langue, des nausées et plus rarement des rapports ou des vomissements bilieux, du malaise à l'épigastre san douleurs vives, la constipation, et quelquefois un léger mouvement fébrile; ces symptômes ont une marche rapide et cèdent promptement à l'administration d'un vomitif. D'après cette énumération, on voit que les ulcères simples ne pourront que très-exceptionnellement, et seulement à leur début, simuler un embarras gastrique; mais celui-ci peut survenir accidentellement chez un malade atteint déjà d'ulcérations; cette possibilité doit engager le médecin, lorsqu'il est appelé dans un cas semblable, à insister sur les antécédents du malade, et s'il y trouve quelque indice d'une affection gastrique plus grave, à s'abstenir de la médication évacuante qui n'est pas sans danger lorsqu'il existe des ulcérations.

Nous avons vu que dans quelques cas rares (3 fois sur 34) les premiers symptômes par lesquels se manifeste l'existence d'un ulcère sont ceux de la *gastrite aiguë;* il faut avouer que, dans ces cas, le diagnostic différentiel est impossible, puisque selon toute probabilité, il existe réellement une inflammation aiguë de la muqueuse déterminée par une ulcération jusqu'alors latente. Mais la confusion ne pourra être de longue durée; la persistance de la douleur et des vomissements après la disparition de l'état fébrile, qui ne se prolonge guère au delà d'une quinzaine de jours, ne peuvent laisser de doutes. Il faut se souvenir seulement qu'on peut être quelquefois exposé à porter un pronostic trop favorable sur l'issue d'une maladie qui débute comme une gastrite aiguë.

Les accidents déterminés par l'ingestion d'un *poison irritant* offrent, dans certains cas, la plus grande analogie avec ceux qui résultent d'une perforation ulcéreuse survenue subitement chez un individu en bonne santé, ou qui jusqu'alors n'avait présenté que des symptômes insignifiants du côté des voies digestives. Dans ce cas très-rare (1 fois sur 34), et dans celui où le malade est hors d'état de donner des renseignements sur ses antécédents, on est

exposé à commettre une erreur de diagnostic de la plus haute gravité ; en effet, si on prend une perforation ulcéreuse pour un empoisonnement, on peut hâter la mort par l'administration intempestive d'un émétique ou d'un contre-poison, et dans le cas inverse, on négligera l'emploi des seuls moyens qui puissent donner au malade quelques chances de salut. Voyons s'il existe, en dehors des circonstances commémoratives, quelque signe qui puisse éclairer le diagnostic. 1° Dans la plupart des cas, un poison assez énergique pour déterminer soudainement des symptômes d'une intensité telle qu'on puisse les confondre avec ceux d'une perforation, laisse des traces matérielles de son passage aux lèvres, dans la bouche, dans le pharynx, et ces parties sont en outre le siége d'une sensation de brûlure et de constriction qui s'étend le long de l'œsophage. 2° La nature chimique des vomissements serait le meilleur caractère différentiel, si le médecin avait toujours à sa disposition les moyens de la constater à temps. Il n'en est malheureusement pas ainsi, mais cette recherche conserve toute son importance dans la détermination légale des causes de la mort. 3° Ces signes pourraient manquer si un poison très-actif avait été ingéré sous une forme qui ne permît pas son contact avec les parois buccales et œsophagiennes. Le fait suivant, qui m'est personnel, démontre la possibilité d'un pareil cas. A l'âge de quatorze ans, j'avalai un jour, par accident, une capsule fulminante, et comme je n'y attachais aucune importance, je n'en parlai que deux heures après ; aussitôt on m'administra une dose énorme d'huile de ricin : la capsule fut retrouvée dans les selles, mais la composition fulminante, sous l'influence de la chaleur et de l'humidité intestinale, s'était ramollie et boursouflée de manière à s'élever presqu'au niveau de l'orifice de la capsule. Il est certain que si l'on eût attendu plus longtemps, elle serait sortie de son enveloppe de cuivre, et aurait déterminé, par son contact avec les parois intestinales, une inflammation aiguë et peut-être une perforation. Un fait du même genre pourrait se présenter dans l'estomac, et, en l'absence de tous renseignements, il serait réellement impossible de distinguer la perforation qui en

serait la conséquence d'une perforation ulcéreuse sondaine. Mais c'est là un fait tellement exceptionnel, qu'il suffit d'en signaler la possibilité. Un autre cas peut se présenter dans la question de l'empoisonnement. Si la subtance ingérée est en trop petite quantité ou est trop peu énergique pour déterminer une mort rapide, et qu'elle ne produise la mortification que d'une portion de l'épaisseur des parois stomacales, il restera, après la chute de l'eschare, une véritable ulcération traumatique dont les symptômes seront exactement semblables à ceux d'un ulcère simple aigu, et qui se terminera, comme lui, par cicatrisation, par hématémèse ou par perforation. Il faut convenir que dans ce cas, si la cause reste inconnue, le diagnostic différentiel devient impossible du vivant du malade. J'ai déjà indiqué comment on peut l'établir d'après les lésions cadavériques. Enfin, si le poison n'agit que comme un simple irritant, sans mortifier les tissus, les symptômes qu'il détermine ne sont plus que ceux d'une gastrite ou plutôt d'une gastro-entérite plus ou moins aiguë. J'ajouterai à tout ce que je viens de dire que souvent les symptômes spéciaux à chaque espèce d'empoisonnement ajoutent un élément précieux au diagnostic.

Le peu de précision qui règne dans les descriptions de la *gastrite chronique* fait qu'il est difficile d'établir son diagnostic différentiel avec les ulcères simples à marche chronique ; voyons cependant s'il n'existe pas des signes qui permettent de distinguer ces deux affections au moins dans un certain nombre de cas : 1° La gastrite chronique est encore plus rarement primitive que ne l'est la gastrite aiguë ; elle survient presque toujours dans le cours d'une maladie chronique, et surtout de la phthisie tuberculeuse : or, s'il en est quelquefois de même pour les ulcères simples, il est un plus grand nombre de cas où ils se montrent chez des sujets auparavant en bonne santé (soit environ 2 fois sur 3). Cette circonstance est donc déjà une présomption en faveur de leur existence. 2° Le début de la gastrite chronique est toujours lent et graduel ; or nous avons vu, 6 fois sur 34, les ulcères débuter brusquement

par une hématémèse, une hémorrhagie interne ou une perforation; dans ce cas, le doute n'est pas possible. 3° Les vomissements et les selles mélangées de sang ne se montrent jamais dans le cours d'une gastrite chronique; ils sont au contraire très-fréquemment (20 fois sur 36) la conséquence d'un ulcère de l'estomac. 4° Les vomissements sont, d'après M. Valleix, beaucoup plus souvent bilieux qu'alimentaires dans la gastrite chronique; l'inverse a lieu dans l'ulcération gastrique. 5° L'existence d'un point douloureux au rachis serait, d'après M. Cruveilhier, un bon caractère des ulcères simples. 6° La fièvre se montre plus ordinairement et avec plus de continuité dans la gastrite chronique. 7° L'amaigrissement y est moins prononcé et moins rapide. 8° La constipation y est assez rare, tandis qu'elle est un symptôme ordinaire de l'ulcère simple. 9° La marche de la gastrite est plus continue; les rémissions y sont plus rares et moins complètes que dans l'ulcère chronique. 10° Enfin elle ne détermine jamais des symptômes de perforation et de péritonite. En tenant compte de tous ces caractères, on voit qu'il reste un bien petit nombre de cas où les ulcères simples puissent être confondus avec la gastrite chronique. Au reste cette confusion, assez grave au point de vue du pronostic, serait sans importance pour le traitement.

Le *ramollissement blanc* ou avec amincissement, regardé par M. Carswell comme une altération cadavérique, a été décrit par M. Louis comme une lésion vitale; mais ses symptômes se confondant entièrement avec ceux de la gastrite chronique, je n'ai pas à m'en occuper. Je dois seulement dire que, d'après M. Louis, l'amincissement graduel des tuniques peut aller jusqu'à produire une perforation avant la mort.

Le *ramollissement gélatiniforme*, décrit par MM. Cruveilhier et Billard, a des symptômes assez tranchés pour que la confusion soit impossible; d'ailleurs c'est chez les enfants, sous la forme épidémique, et ordinairement dans le cours d'une affection grave, surtout le muguet, qu'il a été observé. M. Louis ne l'a pas rencontré chez les adultes.

M. Lebert signale, dans son *Traité des maladies cancéreuses*, l'existence d'une *hypertrophie simple du pylore*, dont les symptômes encore indéterminés peuvent simuler un cancer ou le rétrécissement du pylore par une cicatrice, mais probablement pas l'ulcère simple lui-même.

La *dilatation simple de l'estomac*, quoique très-rare, pourrait dans quelques cas faire croire à l'existence d'un ulcère, si l'absence de douleurs épigastriques et de symptômes généraux ne venait montrer que ce n'est qu'une distension mécanique sans cause organique appréciable.

Les symptômes assignés par les auteurs aux *corps étrangers* et aux concrétions de l'estomac (anorexie, dyspepsie, nausées, hoquet, vomissements, douleur intense et persistante) se rapprochent beaucoup de ceux des ulcères sans hématémèses; mais, outre que c'est une affection rare, la recherche des causes, la palpation et la continuité des douleurs suffiront d'ordinaire pour en établir le diagnostic.

La *gastralgie*, et sous cette dénomination je comprends les divers états qu'on a décrits sous le nom de dyspepsie, cardialgie, boulimie, etc., en un mot toutes les névroses gastriques avec ou sans douleur, se confond plus facilement avec les ulcères simples qu'aucune des affections que je viens de passer en revue. Cependant, si l'on élimine les cas où les ulcères déterminent des hématémèses (20 sur 36), ceux qui débutent avec des symptômes de gastrite aiguë, de gastrorrhagie ou de perforation (9 sur 32), on verra que le nombre des cas vraiment difficiles diminue singulièrement. Et dans ces derniers, il reste encore quelques signes différentiels qui peuvent mettre sur la trace du diagnostic : ainsi la nature de la douleur, qui dans la gastralgie est presque toujours spontanée et non augmentée par la pression ; les vomissements plus rares et moins souvent alimentaires ; les éructations et les flatuosités plus fréquentes ; le dépérissement moins rapide et moins prononcé. Les autres symptômes et la marche ont la plus grande analogie dans les deux maladies ; je

crois cependant qu'avec beaucoup d'attention, on parviendra dans le plus grand nombre des cas à les distinguer l'une de l'autre.

Le *vomissement nerveux* qui est une forme spéciale des névroses gastriques, se distingue assez facilement des ulcères simples par la nature des vomissements, qui sont presque toujours aqueux et muqueux, et par leur persistance en l'absence de toute douleur autre que celle qui résulte de la fatigue de l'organe. Dans quelques cas, ils sont légèrement colorés par des stries de sang, provenant, d'après M. Valleix, du pharynx et de l'œsophage, et qu'on ne peut confondre avec les vomissements mélaniques et les hématémèses rouges abondantes des ulcères simples. Enfin, lorsqu'ils apparaissent pendant la grossesse, cette dernière circonstance facilite encore le diagnostic.

On admet assez généralement l'existence de la *gastrorrhagie idiopathique*, c'est-à-dire indépendante de toute lésion appréciable de l'estomac. Il est certain que la plupart des observations rapportées sous ce nom concernent des hémorrhagies symptomatiques d'ulcères, d'érosions ou de cancer; mais rien n'empêche de croire que dans quelques cas il se manifeste une hémorrhagie de l'estomac, comparable à celles de la cavité nasale, si fréquentes, et qui certes ne sont précédées d'aucun travail ulcératif. On pourrait confondre ces cas avec ceux où un ulcère latent se révèle soudainement par une hématémèse que rien n'a pu faire prévoir. Mais l'erreur ne peut être de longue durée, car ces hématémèses sont toujours suivies, après un temps court, de l'apparition des autres symptômes de l'ulcère gastrique; tandis que la gastrorrhagie idiopathique est ordinairement précédée de quelques signes de congestion locale, et lorsqu'elle a cessé, tout rentre dans l'ordre.

Les auteurs qui se sont occupés des ulcères gastriques simples ont tous insisté sur leur diagnostic différentiel avec le *cancer de l'estomac*. Malheureusement tous les caractères qui ont été signalés, peuvent dans certains cas se présenter de la même manière dans les deux affections, et il n'y a pour ainsi dire pas un seul cas d'ulcère simple, qui, observé superficiellement, ne se rapproche d'un cas

donné de cancer. Mais la plupart de ces caractères, fréquents dans l'une des affections, sont rares dans l'autre, en sorte que leur existence constitue une probabilité en faveur de l'une ou de l'autre, probabilité qui se change presque en certitude lorsque plusieurs se trouvent réunis. Je vais les passer successivement en revue et chercher à déterminer leur importance respective. 1° La proportion suivant laquelle les deux sexes sont atteints, est à peu près inverse dans l'ulcère simple et le cancer, en sorte qu'on peut regarder le sexe masculin comme une première présomption en faveur de ce dernier, très-vague, il est vrai, mais qui, rapprochée des autres, peut acquérir quelque valeur. 2° L'âge des sujets diffère peu dans ces affections ; cependant, si l'on remonte à leurs premières manifestations, on voit que l'ulcère débute plus souvent que le cancer dans la jeunesse ou au commencement de l'âge adulte. 3° L'existence d'affections cancéreuses dans la famille du malade, a moins de valeur encore comme signe différentiel, que les deux circonstances précédentes. 4° La manière dont la maladie débute est un élément plus utile du diagnostic. En effet le cancer débute généralement par des symptômes plus lents, plus graduels et moins intenses que les ulcères simples ; en outre nous avons vu 6 fois sur 34, ceux-ci se manifester soudainement par des symptômes d'hémorrhagie ou de perforation. 5° Les vomissements aqueux, muqueux et bilieux sont plus rares dans le cancer, et au contraire les vomissements alimentaires plus fréquents, surtout au début. Quant aux hématémèses, elles ne sont que très-rarement constituées par du sang pur dans le cancer, tandis que cela arrive assez souvent (11 fois sur 36) dans les ulcères simples. Enfin, si quelques fragments cancéreux sont rejetés par le vomissement et reconnus, il ne peut plus rester de doutes. 6° La présence ou l'absence d'une tumeur à l'épigastre est l'élément le plus important du diagnostic. En effet les cas d'ulcères simples ayant déterminé une tumeur épigastrique sont très-rares (3 sur 50), et de plus, si l'apparition de cette tumeur coïncide avec une amélioration dans les symptômes, on peut être certain qu'elle résulte de la cicatrisation d'un ulcère simple. 7° La dilatation

de l'estomac se montre beaucoup plus souvent dans le cancer que dans l'ulcère. 8° La dysphagie qu'on observe, lorsque le cancer s'étend au cardia ou à l'œsophage n'est indiquée dans aucune observation d'ulcères simples. 9° La coloration jaunâtre des téguments, quoiqu'elle ne soit pas un caractère constant des affections cancéreuses, ne peut être confondue, lorsqu'elle existe, avec la pâleur des sujets atteints d'ulcères simples ; dans un cas cependant, l'ulcère avait déterminé une coloration jaune tout à fait semblable à celle des sujets cancéreux. 10° L'amaigrissement et le dépérissement semblent plus rapides et plus intenses dans le cancer, tandis qu'il amène plus rarement un état véritablement anémique. 11° La marche du cancer, bien qu'elle soit quelquefois très-irrégulière, n'offre pas des rémissions aussi marquées que celle des ulcères simples. 12° Enfin M. Cruveilhier donne comme un caractère des ulcères simples, l'amélioration qui survient presque immédiatement lorsqu'on met les malades à une diète sévère. En définitive, si tous ces signes pris isolément, laissent du doute sur la nature de la maladie, la réunion de plusieurs d'entre eux permettra le plus souvent d'établir le diagnostic avec quelque précision.

De ce que j'ai dit sur les *érosions hémorrhagiques*, il résulte qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de savoir si leurs symptômes sont autres que ceux des ulcères simples ; c'est à l'observation ultérieure de prononcer sur ce point.

J'en dirai autant des *ulcères simples du duodénum*, dont il n'existe qu'un bien petit nombre d'observations. Les seuls caractères qui leur paraissent propres, c'est-à-dire le siége de la douleur et la dilatation de l'estomac, se montrent de la même manière, lorsque l'ulcère occupe la région pylorique de l'estomac.

En terminant ce qui est relatif au diagnostic, je dois dire que parmi les observations dans lesquelles la symptomatologie est indiquée avec soin, et quoiqu'il y ait eu souvent erreur de diagnostic, je n'en ai trouvé aucune où cette erreur n'eût pu être évitée par une

étude attentive des faits. Je ne veux pas dire qu'il en soit toujours ainsi, ni surtout que le diagnostic soit facile ; mais je pense que dès à présent, et dans le plus grand nombre des cas, on peut arriver à un degré de précision suffisant pour baser le pronostic et le traitement.

VII.

PRONOSTIC.

L'ulcération gastrique est une maladie grave, par les chances de mort qu'elle fait courir, par sa durée, par la nature de ses symptômes, et parce que, même après la cicatrisation des ulcères, on reste exposé à des troubles digestifs, à des récidives, et quelquefois à des accidents mortels. Cependant il n'en est pas toujours ainsi ; et s'il est impossible, avec les éléments que nous possédons, de déterminer avec exactitude la proportion des cas de guérison définitive, le grand nombre d'autopsies dans lesquelles nous avons vu qu'on rouve des cicatrices peut faire présumer que ce mode de terminaison n'est pas très-rare. Il faut tenir compte aussi de l'opinion des praticiens qui affirment avoir observé des cas suivis de guérison durable.

Parmi les circonstances qui peuvent faire prévoir une issue fatale, il faut mentionner les suivants. 1° Nous avons vu que les symptômes de perforation précèdent presque toujours la mort de quelques heures seulement ou de peu de jours. 2° Les hématémèses subites et abondantes, surtout celles constituées par du sang rouge, sont un signe très-défavorable, puisqu'elles indiquent l'érosion d'un gros vaisseau ; lorsqu'elles ne sont pas rapidement mortelles, elles se reproduisent presque fatalement, même après la cicatrisation de l'ulcère qui y a donné lieu. 3° Les ulcères à marche aiguë paraissent exposer plus que les autres aux grandes hémorrhagies et aux per-

forations ; en outre, ils ne laissent pas à des adhérences salutaires le temps de s'établir et de prévenir l'épanchement. 4° L'anorexie complète, la persistance des vomissements alimentaires, et l'émaciation qui en résulte, indiquent un trouble profond de la nutrition, capable à lui seul de déterminer la mort. 5° Le pronostic d'une récidive, toutes circonstances égales d'ailleurs, a plus de gravité que celui d'une première atteinte de la maladie. 6° Dans le cas où le siége de la douleur, la dilatation de l'estomac, ou l'existence d'une tumeur, peuvent faire penser que l'ulcération occupe le pylore, on devra craindre davantage une perforation, d'après M. Cruveilhier, et en outre on aura moins de chances d'obtenir une guérison complète.

Quand il ne s'est présenté dans le cours de la maladie aucune des circonstances que je viens d'énumérer, il est permis d'espérer une terminaison favorable, surtout si l'adoption d'un régime convenable est suivie d'une amélioration dans les symptômes ; mais on devra toujours être réservé sur le pronostic, se souvenant que des malades dont l'état présente peu de gravité succombent quelquefois en peu de temps, par suite d'une perforation ou d'une hémorrhagie que rien ne fait prévoir.

VIII.

TRAITEMENT.

L'observation n'a pas encore prononcé avec rigueur sur la valeur des moyens qu'on peut diriger contre les ulcères simples de l'estomac, et, d'autre part, la théorie n'indique aucun agent thérapeutique qui puisse agir directement sur eux pour en déterminer la cicatrisation. Mais, si l'on ne peut faire de la thérapeutique rationnelle et curative, ce n'est pas une raison pour abandonner le malade à ses souffrances, et on ne doit pas se laisser arrêter par la défaveur, je dirai presque le ridicule, jetés par quelques médecins

sur le traitement dit symptomatique ou palliatif. En effet, si on réussit à faire disparaître ou du moins à atténuer un symptôme incommode, pénible, et qui, par sa persistance et son intensité, peut devenir à lui seul une cause d'aggravation de la lésion principale, ou même déterminer la mort, on n'a certes pas été inutile, bien qu'on n'ait pas agi directement sur la lésion anatomique. On peut en outre, par un régime bien entendu, placer l'économie dans les conditions les plus favorables à la cicatrisation spontanée des ulcères. C'est sur ces principes qu'est fondé le traitement indiqué par MM. Cruveilhier, Rokitanski, Lees, et Jaksch, et que je vais tâcher de présenter avec quelques développements.

La circonstance qui favorise le plus la cicatrisation des ulcères de nature non spécifique, quel que soit leur siége, est le repos de l'organe qui en est atteint ; c'est dire toute l'importance du *régime* dans la maladie qui nous occupe. En effet, s'il est impossible d'imposer un repos complet et prolongé à l'estomac, on peut du moins régler l'alimentation de telle sorte que la digestion soit aussi prompte, aussi facile et aussi complète que possible. Dans la plupart des cas, le régime lacté remplit ces conditions ; aussi tous les auteurs l'ont-ils adopté comme base de leur traitement. Comme il faut surtout éviter de surcharger et de distendre l'estomac, le lait doit être pris en petite quantité à la fois et plusieurs fois par jour ; il est généralement mieux supporté froid ou très-chaud que tiède. S'il n'est pas très-bien digéré, s'il y a des rapports acides ou une sensation d'âcreté au pharynx, on se trouvera bien d'y ajouter une petite quantité d'eau de chaux, ou mieux de bicarbonate de soude. M. Cruveilhier conseille de le couper avec l'eau d'orge et de l'édulcorer ; on arrive au même résultat en administrant le lait d'ânesse, dont M. Lebert m'a dit avoir obtenu de très-bons résultats. Si, malgré ces précautions, le lait est mal supporté, on devra essayer du régime féculent ou gélatineux ; le bouillon de veau ou de poulet, de légers potages au tapioka, à la semoule, etc., rempliront ce but. On devra souvent se diriger sur les impressions et les goûts du ma-

lade pour régler sa nourriture, car le point essentiel est de trouver un aliment qui remplisse les conditions que j'ai énoncées. Les huîtres sont quelquefois une ressource précieuse ; j'ai vu les œufs frais être parfaitement tolérés, à l'exclusion de tout autre aliment. Quant aux fruits et aux légumes, fussent-ils bien supportés et promptement digérés, ils ne fournissent pas assez d'éléments à la nutrition pour qu'on doive les recommander. Quel que soit le régime que l'on adopte, il convient de le maintenir sévèrement dans les limites compatibles avec la nutrition, et de ne s'en relâcher que graduellement, à mesure que les symptômes s'amendent ; alors il est plus avantageux d'introduire quelques éléments nouveaux dans l'alimentation, que d'augmenter la quantité de ceux dont on faisait d'abord usage. Il importe surtout d'interdire les boissons alcooliques fortes et les aliments excitants, et de prévenir sérieusement le malade sur le danger qu'il court à surcharger son estomac. Chez les sujets dont l'appétit est exagéré, on ne pourra évidemment pas obtenir un régime aussi sévère ; mais on devra leur recommander les aliments qui renferment le plus de principes nutritifs sous le moindre volume. L'influence de la température des aliments a été généralement peu étudiée jusqu'ici ; quelques faits me portent à croire que le régime froid, emprunté aux hydropathes, peut offrir de grands avantages et permettre une alimentation plus substantielle que le régime chaud. M. Cruveilhier recommande les bains gélatineux tempérés, de deux à quatre heures, comme auxiliaires.

Parmi les autres *conditions hygiéniques*, M. Jaksch regarde comme favorable un air sec et chaud. On doit proscrire l'exercice forcé, les travaux d'esprit fatigants, et, autant que possible, les émotions vives.

Les *sangsues* ou les *ventouses* appliquées à la région épigastrique sont indiquées, lorsque des signes de gastrite aiguë se manifestent soit au début de la maladie, soit pendant son cours ; mais il n'y faut pas trop insister.

Les *médicaments alcalins,* magnésie, bicarbonate de soude,

poudre d'yeux d'écrevisses, sont utiles dans les cas déjà signalés où il existe des signes d'acidité gastrique.

L'*opium* n'a généralement pas réussi à calmer les douleurs; cependant M. Jaksch l'administre, lorsqu'elles sont intenses, sous la forme suivante : morphine, $^1/_{12}$ de grain; eau de laurier-cerise, 10 à 15 gouttes, dans une tasse de lait. Mais il trouve son application dans le traitement des accidents déterminés par la perforation, sur lequel j'aurai à revenir.

Dans un cas que je crois appartenir aux ulcères simples, mais dont je n'ai pas rapporté l'observation, parce que l'autopsie n'est pas venue confirmer ce diagnostic, le malade, à qui sa position misérable ne permettait pas de suivre un régime convenable, était tourmenté par des vomissements alimentaires et aqueux opiniâtres, qui avaient succédé à des vomissements mélaniques disparus depuis trois mois. L'administration du *sous-nitrate de bismuth*, à la dose de 1 gramme par jour, amena une amélioration très-notable au bout de huit à dix jours; puis, la médication ayant été interrompue, les vomissements reparurent, pour céder une seconde fois à l'emploi du même moyen. Je dois dire qu'il fut absolument sans influence sur la douleur. Depuis lors, j'ai perdu de vue ce malade.

M. Lebert dit, dans son *Traité des maladies cancéreuses*, avoir obtenu, par l'*iodure de potassium*, la guérison d'un cas d'ulcère simple, dans lequel le symptôme dominant était des vomissements opiniâtres.

M. Rokitanski recommande la dérivation exercée sur les parois épigastriques par des *moxas*, des frictions avec la *pommade d'Autenrieth*, etc.; mais ce sont là des moyens douloureux et fatigants, et dont rien ne démontre l'efficacité.

Quant aux *infusions toniques excitantes*, conseillées par le même auteur, elles peuvent être utiles dans les cas à marche chronique, où les symptômes sont plus remarquables par leur persistance que par leur intensité, et où l'on peut croire à un certain degré d'atonie de la muqueuse digestive. Dans l'opinion que j'ai énoncée sur la na-

ture de la maladie, une stimulation modérée est sans inconvénients; cependant, pour peu qu'il existât des signes d'inflammation gastrique, je pense qu'on devrait s'en abstenir.

Les *bains tièdes* sont conseillés par tous les auteurs à titre d'adjuvants; peut-être devrait-on craindre, dans quelques cas, leur action débilitante.

Les *vomitifs* sont proscrits, et avec raison, du traitement des ulcères gastriques; en effet, le raisonnement et quelques cas fâcheux se réunissent pour démontrer que les efforts du vomissement provoqué peuvent quelquefois déterminer une perforation mortelle.

Les *purgatifs*, ceux surtout dont l'action se porte spécialement sur le gros intestin, n'ont pas les mêmes inconvénients, et je ne craindrais pas d'administrer, dans les cas de constipation rebelle, quelques purgatifs drastiques suivant la formule de M. Trousseau. On peut aussi faciliter les selles par des lavements émollients ou purgatifs.

Les *hémorrhagies gastriques*, lorsqu'elles ne sont pas de nature à compromettre la vie du malade, et qu'elles résultent seulement de l'exhalation sanguine qui se fait à la surface de l'ulcère, ne réclament aucun traitement particulier; mais, lorsque leur abondance ou leur fréquente répétition indique l'érosion d'un vaisseau d'un certain calibre, elles deviennent l'affection principale sur laquelle doivent se concentrer tous les efforts du médecin. On a préconisé contre cet accident les saignées dérivatives, les applications froides sur l'épigastre, et l'administration interne de la glace pilée, des acides, des astringents et des narcotiques. Dans l'espèce, les émissions sanguines paraissent devoir être rarement indiquées, vu l'état de débilitation où se trouvent déjà la plupart des malades par défaut de nutrition. Cependant M. Jaksch conseille, dans le cas de gastrorrhagie abondante avec des symptômes de congestion, la saignée poussée jusqu'à la syncope; mais ne doit-on pas craindre de hâter ainsi la mort du malade, pour ne lui donner qu'une bien faible chance de salut. Il serait peut-être préférable d'exercer

une vive dérivation vers les extrémités au moyen de larges sinapismes appliqués sur les membres inférieurs. Les acides et les astringents ne m'inspirent qu'une faible confiance, en présence de lésions comme celles qu'on a observées dans l'artère splénique ou la coronaire stomachique. Cependant il ne faut pas négliger leur emploi ; mais, comme ils ne peuvent être portés directement sur la source de l'hémorrhagie, il est préférable d'administrer les acides végétaux et les astringents qu'on peut donner en assez forte dose, comme la ratanhia, plutôt que les acides minéraux, l'acétate de plomb, etc., qui, outre leur action astringente, peuvent occasionner des accidents inflammatoires ou toxiques. Les narcotiques à dose assez élevée peuvent être utiles pour empêcher le déplacement d'un caillot salutaire dans les efforts de vomissement. L'usage de la glace à l'intérieur et à l'extérieur ne présente aucun inconvénient, et peut être d'une incontestable utilité. On a signalé, comme un accident des hématémèses, l'asphyxie causée par le séjour d'un caillot volumineux dans le pharynx ou la partie supérieure de l'œsophage ; il faudrait, le cas échéant, se hâter d'en débarrasser le malade. Comme complément, j'ajouterai que l'anémie consécutive aux hématémèses fréquemment répétées réclame un traitement tonique analeptique.

Le traitement des *perforations* ne présente rien de spécial, qu'elles résultent d'un ulcère simple ou de toute autre cause ; je me borne donc à rappeler qu'il consiste dans le repos complet du corps, la privation absolue d'aliments et de boissons, et l'administration à haute dose de l'opium en lavements ou par la méthode endermique. M. Lees rapporte un cas où ces moyens furent suivis d'une amélioration momentanée ; malheureusement il y eut une rechute causée par des efforts de défécation (*Arch. gén. de méd.*, t. 27; 1851). Enfin, lorsqu'apparaissent les symptômes de péritonite, bien qu'il reste peu d'espoir, on doit mettre en œuvre un traitement antiphlogistique énergique ; mais ce n'est pas ici le lieu d'y insister.

Après la cicatrisation des ulcères et la disparition des principaux

symptômes, on combattra la dyspepsie, qui persiste quelquefois, par une bonne alimentation et l'usage des toniques amers.

IX.

OBSERVATIONS.

Je termine ici mon travail en rapportant cinq observations inédites d'autopsies, dont je dois la communication à l'obligeance de M. Lebert.

1re Observation. — Une femme entre dans le service de M. Cruveilhier, avec les symptômes d'un cancer à l'estomac : maux d'estomac depuis quelque temps; vomissements de plus en plus fréquents depuis deux mois, noirs vers la fin ; dépérissement, mort. — A l'autopsie, nous ne trouvons d'autre altération qu'un ulcère occupant la fin de la grande courbure, à 1 centimètre au-dessous du pylore, de forme circulaire, du diamètre d'une pièce de 5 francs, offrant une perte de substance de plus en plus petite, dans une zone de 4 à 5 millimètres, à mesure qu'on se rapproche des tuniques plus profondes. La muqueuse est accolée par son bord au tissu cellulaire sous-muqueux, ou plutôt à un tissu blanc fibroïde, qui est déjà une cicatrice commençante. La pièce étant ouverte au niveau de l'ulcère, il m'a été difficile de décider s'il y avait là une cicatrice récente ou si elle n'existait pas encore au niveau de la tunique musculeuse dans le fond. Je pencherais plutôt pour la première de ces opinions. En tout cas, le fait saillant de l'étude anatomique de notre pièce est celui-ci : le bord de l'ulcère est formé par un bourrelet saillant, faisant relief de 4 à 5 millimètres au moins, et constitué en totalité par une hypertrophie circulaire de la tunique musculeuse ; il n'y a aucune trace de suc infiltrant. Au microscope, on y voit parfaitement bien,

comme seul et unique élément, les fibro-cellules qui constituent la base de la fibre musculaire organique.

IIe Observation. — Nous trouvons, dans un estomac, un ulcère de la région pylorique, s'étendant à la petite courbure, plus grand qu'une pièce de 5 francs, dont les bords ont jusqu'à 6 millimètres et au delà d'épaisseur. Cet épaississement est constitué par une hypertrophie simple des tuniques, la muqueuse ayant au moins 2 millimètres d'épaisseur, et la musculeuse 3 ou 4; celle-ci est parsemée d'un réseau fibreux, et son aspect jaune luisant lui donne quelque ressemblance avec le colloïde naissant. Cependant, au microscope, on ne reconnaît que des éléments musculaires organiques, parsemés de fibres fines en faisceaux et en réseau, et de fibres élastiques; on ne trouve nulle part ni éléments cancéreux, ni éléments colloïdes. Les bords de l'ulcère, quoique saillants et relevés, paraissent en voie de s'accoler au fond; celui-ci est couvert d'un tissu fibroïde, et au milieu il existe une perforation grande comme une pièce de 25 centimes.

IIIe Observation. — Une femme, journalière, âgée de soixante-treize ans, offrant des symptômes de maladie du cœur depuis quatre mois, succombe au cinquième jour d'une pleurésie avec épanchement. — A l'autopsie, faite le lendemain, on trouve des lésions anatomiques correspondant à ces symptômes; en outre, le tube digestif participe à l'hyperémie générale, sans que les intestins présentent les caractères anatomiques de l'inflammation. Dans l'estomac, on trouve des altérations remarquables, son volume et ses dimensions sont normales; à l'intérieur, il offre de nombreux plis saillants le long de la grande courbure; la muqueuse est généralement couverte d'une couche épaisse de mucus. Celui-ci enlevé, on constate un épaississement général des tuniques; la muqueuse est d'un rouge assez vif, et offre 1 millimètre environ d'épaisseur dans tous les points, aussi bien dans le grand cul-de-sac que dans la portion pylorique:

on enlève facilement par le grattage les lamelles superficielles, mais la partie profonde est plus ferme, et donne des lambeaux d'un centimètre de longueur. Le long de la petite courbure, il y a une vive injection, dans laquelle le microscope fait reconnaître des réseaux très-denses de capillaires; l'injection est moins vive dans les parties profondes qu'au pourtour des orifices des glandules. Dans la même région existent deux ulcères cicatrisés, de la grandeur d'une pièce de 10 sous et un peu plus; l'un d'eux a des irradiations, surtout dans le sens de la longueur; les cicatrices sont constituées par un tissu fibroïde qui renferme beaucoup de granules et des globules mélaniques, et montre même des vaisseaux à l'état d'obsolescence mélanique. A côté se trouvent un autre ulcère cicatrisé plus petit, et plusieurs érosions irrégulières, de 3 à 5 millimètres de largeur, à bords épaissis et à fond jaunâtre; près du pylore enfin, est un petit ulcère non cicatrisé, du volume d'une lentille, et ressemblant à une ulcération folliculaire.

IVe Observation. — On nous apporte un estomac dont l'aspect général rappelle un empoisonnement par l'acide sulfurique. Les principales altérations se trouvent le long de la grande courbure; on trouve d'abord, près de l'orifice pylorique, quatre ou cinq petites ulcérations, allant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille; puis arrive une ulcération irrégulière, à bords déchiquetés, de la circonférence d'une pièce de 10 sous, autour de laquelle la muqueuse est extrêmement amincie, et dans un état de ramollissement presque pulpeux; plus loin, et sur une étendue de 13 centimètres de longueur sur 4 à 7 de largeur, la muqueuse, d'une couleur gris noirâtre, est recouverte d'une multitude de petites paillettes ressemblant à des grains de poussière, et laisse voir, à la loupe, en bien des endroits les orifices des glandes stomacales. Une première place, de 4 cent. carrés environ, offre moins de relief que le reste de la tache grise; à son niveau, la teinte grise est moins uniforme; la muqueuse offre beaucoup de petites érosions, une surface irrégulièrement gre-

nue, et un épaississement qui va jusqu'à 1 millimètre; les autres tuniques ne sont point épaissies. Le reste de la tache offre également de nombreuses érosions, et un ulcère à bords renversés, de 15 millimètres de longueur sur 4 ou 5 de largeur; dans le milieu, il y a un épaississement de la muqueuse qui va jusqu'à 7 ou 8 millimètres, et qui recouvre un épaississement uniforme de toutes les tuniques confondues entre elles, sans qu'il y ait cependant apparence d'infiltration cancéreuse; la teinte grise n'y pénètre qu'à 1 millimètre environ de profondeur. A la petite courbure enfin, on voit une tache recouverte d'un mucus grisâtre, pulpeux, qui renferme des débris de la muqueuse; là se trouvent plusieurs érosions superficielles, allongées, à bords noirâtres, n'intéressant que les couches superficielles de la muqueuse; celle-ci conserve une certaine densité. Autour de ces érosions, elle est mamelonée, sans être ni épaissie ni amincie; nulle part on ne trouve l'apparence d'un travail de réparation.

Ve Observation. — Un chien avait succombé avec des symptômes indiquant une maladie du cœur et des voies digestives. — A l'autopsie, on trouva des végétations fibrineuses non organisées sur les valvules du cœur; l'estomac présentait des altérations remarquables dans la petite courbure et le petit cul-de-sac; il était criblé, dans ces régions, de petits ulcères allant du diamètre d'une tête d'épingle à celui d'une pièce de 50 cent.; la muqueuse n'était pas injectée, elle était plutôt pâle, non ramollie, amincie par places; tandis que dans le reste de l'estomac, elle était épaissie, surtout le long de la grande courbure. Dans les ulcères, la muqueuse était complétement détruite, et leurs bords étaient taillés à pic, mais nulle part décollés; au bord des ulcères et tout autour, la muqueuse avait à peine un quart de millimètre d'épaisseur, tandis qu'elle avait plus d'un millimètre à la grande courbure. La tunique musculeuse était aussi extrêmement amincie au niveau de la portion malade de la muqueuse, en sorte que le fond des ulcères tenu contre le jour était presque transparent;

dans plusieurs endroits en dehors de la zone ulcérée, on voyait des plaques irrégulières, de couleur rouge-brun, au niveau desquelles la muqueuse n'était nullement altérée, et qui semblaient être de petits épanchements hémorrhagiques. Nulle part il n'y avait de véritable ramollissement de la muqueuse.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique.—De la capillarité, considérée comme moyen d'expliquer les absorptions.

Chimie. — Des caractères distinctifs des sels de magnésie.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base le séné et les follicules de séné; les décrire, les comparer entre elles.

Histoire naturelle. — Quelles sont les sources où le végétal puise les principes élémentaires qui le constituent?

Anatomie. — Des anastomoses du ganglion cervical supérieur.

Physiologie. — Des usages des vésicules spermatiques et de la prostate.

Pathologie interne. — Des fièvres intermittentes et de leurs rapports avec certains états de la rate.

Pathologie externe. — Des luxations de la clavicule.

Pathologie générale. — De l'influence exercée sur les qualités

physiques du sang et sur sa composition par les maladies inflammatoires.

Anatomie pathologique.— Des diverses espèces de kystes de l'ovaire.

Accouchements. — De la rétention du placenta dans l'utérus après l'expulsion du fœtus.

Thérapeutique. — De la coloration que donne le fer aux matières fécales; à quoi tient cette coloration ?

Médecine opératoire. — Des cas qui nécessitent l'amputation des membres.

Médecine légale. — Comment reconnaître que des taches que présentent un vêtement, une arme, etc., sont des taches de sang?

Hygiène. — Des circonstances dans lesquelles le gaz acide carbonique peut s'accumuler dans l'air d'une manière nuisible à la santé.

Vu, bon à imprimer.

ANDRAL, Président.

Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de la Seine,

CAYX.

Paris, le 3 décembre 1852.